

Aus dem Institut für Rechtsmedizin  
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Direktorin: Univ.-Prof. Dr. med. Stefanie Ritz-Timme

**Probleme und Optimierungsmöglichkeiten bei der  
Leichenschau als besondere ärztliche Tätigkeit an der  
Schnittstelle zwischen Medizin, Kriminalistik und Recht**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Lisa Küppers

2022

Als Inauguraldissertation gedruckt mit der Genehmigung der  
Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.:

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Nikolaj Klöcker

Erstgutachterin: Univ.-Prof. Dr. med. Stefanie Ritz-Timme

Zweitgutacher: PD Dr. med. Martin Neukirchen

*Für Ramona.*

# Auflistung eigener Publikationen

Teile dieser Arbeit wurden zur Veröffentlichung angenommen:

Küppers, L., Ritz-Timme, S., Hartung, B., (2022) Interdisziplinäre Schnittstellen bei der zweiten Leichenschau – Probleme und Optimierungsmöglichkeiten. Zur Veröffentlichung angenommen in: *Rechtsmedizin*

# Zusammenfassung

Die ärztliche Leichenschau ist in Deutschland seit Jahrzehnten Gegenstand politischer, wissenschaftlicher und medialer Diskussionen. Trotz zahlreicher Optimierungsbestrebungen zur Verbesserung der Leichenschauqualität weisen aktuelle Studien noch hohe ärztliche Fehlerquoten nach. Es wird gar von der „Misere der ärztlichen Leichenschau“ gesprochen, wobei vielfältige mögliche Ursachen diskutiert werden. Übergeordnetes Ziel dieser Arbeit war es, die diesbezüglich bereits bekannten Ursachen zu spezifizieren, weitere, bisher möglicherweise nicht erkannte Probleme zu identifizieren und Verbesserungsmöglichkeiten abzuleiten.

Dazu wurden zunächst (Teil I der Arbeit) Aufzeichnungen aus den Jahren 2016 bis 2019 zu 1.414 Krematoriumsleichenschauen, die bei vorliegenden Hinweisen auf einen nicht natürlichen Tod Anlass zu einer Überprüfung geboten hatten, retrospektiv analysiert. Die Freigabequote nach Rücksprache mit den ÄrztInnen der ersten Leichenschau war bei Formfehlern und nicht erklärten Zeichen medizinischer Eingriffe oder Verletzungen hoch. Nach Meldung an die Ermittlungsbehörden wurden bei Fällen mit Unfall- oder Gewaltereignissen nur wenige, bei Aspirationsereignissen gar keine Obduktionen angeordnet.

Die besonderen Perspektiven verschiedener bei Sterbefällen involvierter Berufsgruppen (ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen, VertreterInnen der Ermittlungsbehörden) auf die Probleme bei der Leichenschau wurden in Form einer Fokusgruppenstudie mit 25 TeilnehmerInnen untersucht (Teil II der Arbeit). Die Fokusgruppeninterviews wurden durch eine Moderatorin mithilfe eines Interviewleitfadens durchgeführt, per Tonaufnahme festgehalten und in anonymisierter Form transkribiert. Die Transkripte wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Es ergaben sich fünf Hauptkategorien zu Problemen bei der Leichenschau: „Strukturelle Probleme“, „Probleme bei der interdisziplinären Interaktion“, „situative Probleme“, „Probleme auf ärztlicher Seite“ und „geringe Anreize / unattraktive Tätigkeit“. Mögliche Lösungsansätze wurden in vier Hauptkategorien eingeteilt: „Mehr Anleitung / Fortbildung“, „Anreize schaffen“, „Prozedere vereinfachen“ und „Aufgabe delegieren“.

Die erhobenen Daten zeigen sehr deutlich, dass im deutschen Leichenschausystem vielfältige Probleme auf unterschiedlichen Ebenen existieren. Möglichst viele dieser Probleme sollten zur Verbesserung der Leichenschauqualität adressiert werden. Notwendige strukturelle Änderungen sind eine Optimierung der Todesbescheinigung und eine Ausweitung von Fortbildungsangeboten. Interdisziplinären Problemen - auch bei der zweiten Leichenschau - könnte durch einheitliche Legaldefinitionen der Todesarten, ggf. auch durch einen Indikationskatalog für Obduktionen, vorgebeugt werden. Zudem müssten mehr Anreize für ÄrztInnen geschaffen werden, die Leichenschau sorgfältig durchzuführen. Die Erhöhung des Leichenschau-Honorars seit Januar 2020 stellt diesbezüglich einen ersten Schritt dar. Eine erhöhte Sorgfalt bei der Leichenschau würde auch unnötige Verzögerungen von Kremationen verhindern. Das Modell der qualifizierten Leichenschau ist für einige Regionen Deutschlands möglicherweise ein praktikabler Lösungsansatz, flächendeckend aktuell jedoch nicht umsetzbar. Die Krematoriumsleichenschau ist ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung. Ihr Anwendungsbereich könnte dementsprechend noch erweitert werden.

# Abstract

In Germany external post-mortem examination has been a subject of political, scientific and media discussion for decades. Even though several attempts have been made to improve the quality of external post-mortem examination, recent studies still indicate high error rates. This problem is sometimes also referred to as ‘the misery of external post-mortem examination’, for which manifold possible reasons are being discussed. It was our goal to specify reasons for this problem that are already known, to identify new problems that have not been recognized so far and to derive solution strategies.

Part one of the study included the retrospective analysis of 1.414 external examinations before cremation that had led to further investigations due to doubts concerning a natural death in the time span between 2016 and 2019. When the cause for inquiries had been signs of medical procedures (unmentioned in the death certificate), unexplained injuries or formal errors, the doubts could easily be resolved after getting into contact with the first post-mortem examiners. After informing investigative authorities, orders for autopsies were rarely placed in cases with preceding accident events or violent acts and never in cases of suspected aspiration.

The perspectives of the different professions involved in the processing of death cases (physicians of various disciplines, representatives of the investigative authorities) were explored by conducting a focus group study including 25 participants (part two of the study). Focus group discussions were moderated by a host with the aid of an interview guideline, recorded and transcribed in anonymized form. The transcripts were analyzed with qualitative content analysis resulting in five main problem categories: ‘Structural problems’, ‘problems of interdisciplinary interaction’, ‘situational aspects’, ‘problems on the part of the physician’ as well as ‘low appeal / unattractive task’. Furthermore, four main categories of solution strategies were developed: ‘More instruction / training’, ‘provide incentives’, ‘simplification of the procedure’ and ‘delegation of the task’.

The data collected in our study clearly show that the German system of external post-mortem examination contains manifold problems on different levels. To improve the quality of this important task as many problems as possible should be approached. An optimization of the death certificate form as well as an increased offer of training possibilities represent necessary structural changes. Interdisciplinary conflicts – also at second post-mortem examination - might be prevented by uniform legal definitions of the death types as well as an indication catalogue for autopsies. Furthermore, incentives should be created for physicians to perform external post-mortem examination more thoroughly. The elevation of the physician’s fee surely is a step in this direction. A more thorough examination would also prevent an unnecessary delay of cremations. Qualified post-mortem examinations might represent a suitable approach for some regions in Germany; however, a nationwide implementation is not realistic at the moment. Second external post-mortem examinations are an important tool for quality assurance and could be extended to more cases.

# Abkürzungsverzeichnis

<b>ÄBD</b>	kassenärztlicher Bereit- schaftsdienst		<b>JuMiKo</b>	Justizministerkonferenz
<b>DGRM</b>	Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin		<b>SPSS</b>	Sammeln, Prüfen, Sortie- ren, Subsumieren
<b>eTB</b>	Elektronische Todesbe- scheinigung			
<b>GG</b>	Grundgesetz für die Bun- desrepublik Deutschland			
<b>GMK</b>	Gesundheitsministerkonfe- renz			
<b>GOÄ</b>	Gebührenordnung für Ärzte			

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	1
1.1	Die ärztliche Leichenschau – Aufgaben, Bedeutung, Rechtsgrundlagen und Besonderheiten .....	1
1.1.1	Aufgaben und Bedeutung .....	1
1.1.2	Rechtsgrundlagen.....	2
1.1.3	Besonderheiten der ärztlichen Leichenschau .....	2
1.2	Die zweite Leichenschau (sogenannte Krematoriumsleichenschau) ..	3
1.3	Agierende Berufsdisziplinen bei Todesfällen in Deutschland.....	5
1.4	Probleme des deutschen Leichenschausystems .....	5
1.4.1	Strukturelle Ursachen .....	7
1.4.2	Situative Probleme .....	8
1.4.3	Probleme auf Seiten des Arztes / der Ärztin .....	8
1.4.4	Ursachen auf Seiten der Ermittlungsbehörden .....	9
1.4.5	Spezifische Schnittstellenprobleme im Rahmen der zweiten Leichenschau .....	9
1.5	Bisherige Optimierungsbestrebungen .....	10
1.5.1	Allgemeines .....	10
1.5.2	Universitäre Lehre und Fortbildungen .....	11
1.5.3	Optimierung der Todesbescheinigung .....	12
1.5.4	Qualifizierte Leichenschau .....	13
1.5.5	Vergütung .....	14
1.5.6	Bisher nicht umgesetzte Optimierungsmöglichkeiten:.....	15
1.6	Ziele der Arbeit.....	15
1.6.1	Teil I: Interdisziplinäre Schnittstellen bei der zweiten Leichenschau – Probleme und Optimierungsmöglichkeiten.....	16
1.6.2	Teil II: Probleme und Optimierungsmöglichkeiten der ärztlichen Leichenschau aus der Perspektive involvierter Berufsgruppen.....	16
2	Teil I (zur Veröffentlichung angenommen): Küppers, L., Ritz-Timme, S., Hartung, B., (2022) Interdisziplinäre Schnittstellen bei der zweiten Leichenschau	

– Probleme und Optimierungsmöglichkeiten. Zur Veröffentlichung angenommen in: <i>Rechtsmedizin</i> .....	18
3 Teil II (nicht publizierte Ergebnisse): Probleme und Optimierungsmöglichkeiten der ärztlichen Leichenschau aus der Perspektive involvierter Berufsgruppen .....	19
3.1 Material und Methoden II .....	19
3.1.1 Einführung in die Methodik von Teil II: Fokusgruppeninterviews	19
3.1.2 Festlegung der Teilnehmer- und Interviewanzahl sowie Stichprobenauswahl.....	21
3.1.3 Leitfadenerstellung sowie Erstellung von Kurzfragebögen ....	22
3.1.4 Teilnehmerakquise.....	23
3.1.5 Durchführung der Interviews .....	24
3.1.6 Beendigung der Interviewphase.....	25
3.1.7 Transkription und Datenanalyse .....	25
3.1.8 Auswertung der Kurzfragebögen .....	25
3.2 Ethikvotum .....	25
3.2.1 Ethikvotum zu Teil I der Studie: .....	25
3.2.2 Ethikvotum zu Teil II der Studie: .....	26
3.3 Ergebnisse .....	26
3.3.1 Angaben der TeilnehmerInnen aus den Kurzfragebögen .....	26
3.3.2 Vorbemerkungen zur Wiedergabe der Ergebnisse des qualitativen Teils der Studie .....	28
3.3.3 Überblick über die gebildeten Kategorien im Themenbereich „Probleme bei der ärztlichen Leichenschau“ .....	29
3.3.4 Kategorie Pr1: Strukturelle Probleme.....	30
3.3.5 Kategorie Pr2: Probleme bei der interdisziplinären Interaktion	32
3.3.6 Kategorie Pr3: Situative Probleme .....	35
3.3.7 Kategorie Pr4: Probleme auf Seiten des Arztes / der Ärztin...	37
3.3.8 Kategorie Pr5: Geringe Anreize / unattraktive Tätigkeit .....	40

3.3.9	Überblick über die gebildeten Kategorien zu Lösungsansätzen	42
3.3.10	Kategorie Lg1: Mehr Anleitung / Fortbildung.....	43
3.3.11	Kategorie Lg2: Anreize schaffen .....	46
3.3.12	Kategorie Lg3: Prozedere vereinfachen.....	48
3.3.13	Kategorie Lg4: Aufgabe delegieren.....	50
4	Diskussion.....	52
4.1	Teil I: Probleme und Optimierungsmöglichkeiten an den Schnittstellen der zweiten Leichenschau .....	52
4.1.1	Allgemeines .....	52
4.1.2	Schritt 1: Schnittstelle zu ÄrztInnen der ersten Leichenschau	53
4.1.3	Schritt 2: Schnittstelle zu VertreterInnen der Ermittlungsbehörden.....	54
4.2	Teil II: Allgemeines.....	56
4.3	Teil II: Diskussion der Kategorien zu Problemen und Bedarfen (Pr1 – Pr5) 57	
4.3.1	Pr1: Strukturelle Probleme .....	57
4.3.2	Pr2: Probleme bei der interdisziplinären Interaktion.....	58
4.3.3	Pr3: Situative Probleme .....	60
4.3.4	Pr4: Probleme auf Seiten des Arztes / der Ärztin .....	61
4.3.5	Pr5: Geringe Anreize / unattraktive ärztliche Tätigkeit .....	61
4.4	Teil II: Diskussion der Kategorien zu Optimierungsmöglichkeiten (Lg1 – Lg4).....	63
4.4.1	Lg1: Mehr Anleitung / Fortbildung .....	63
4.4.2	Lg2: Anreize schaffen .....	65
4.4.3	Lg3: Prozedere vereinfachen .....	65
4.4.4	Lg4: Delegieren der Tätigkeit.....	67
4.5	Schlussfolgerungen .....	68
4.6	Limitationen.....	70
5	Literatur- und Quellenverzeichnis .....	71
6	Anhang.....	80

6.1	Abbildungsverzeichnis .....	80
6.2	Tabellenverzeichnis .....	80
6.3	Aufklärung und Einverständnis StudienteilnehmerInnen (Teil II).....	81
6.4	Kurzfragebogen sowie exemplarische Interviewleitfäden (Teil II) .....	82
6.5	Transkripte der Fokusgruppeninterviews (Teil II) .....	83

# 1 Einleitung

## 1.1 Die ärztliche Leichenschau – Aufgaben, Bedeutung, Rechtsgrundlagen und Besonderheiten

### 1.1.1 Aufgaben und Bedeutung

Die Leichenschau ist eine wichtige ärztliche Tätigkeit und wird auch als „*letzter Dienst am Patienten*“ bezeichnet (1). Sie hat unverzüglich, am entkleideten Leichnam und unter Einbezug der gesamten Körperoberfläche und aller Körperöffnungen zu erfolgen (2). Im Anschluss ist die Todesbescheinigung auszufüllen (3). Zu unterscheiden ist die (äußere) Leichenschau von der Obduktion, die mit einer Öffnung der Körperhöhlen und Untersuchung der inneren Organe einhergeht (4).

Ärztliche Aufgaben im Rahmen der Leichenschau sind die Feststellung des Todes, der Todesart und nach Möglichkeit der Todesursache, Todeszeit und Identität der verstorbenen Person (5). Ärztliche Fehler manifestieren sich hier in der Regel nicht so unmittelbar wie bei anderen ärztlichen Aufgaben, können aber doch weitreichende Konsequenzen haben. Falsche Todesfeststellungen bei noch lebenden Personen kommen immer wieder vor (6, 7), mit der drohenden Konsequenz einer Unterlassung angezeigter medizinischer Maßnahmen, schlimmstenfalls auch als für den Tod erst kausales Ereignis (7). Fehlerhafte Angaben zur Todeszeit haben unter Umständen erhebliche erbrechtliche Folgen (8). Die ärztlichen Eintragungen zur Todesursache bilden zudem die Grundlage der Todesursachenstatistik sowie von Mortalitätsstatistiken und damit eine wichtige Basis für politische Entscheidungen und die Verteilung von Ressourcen im deutschen Gesundheitswesen (5, 9-13).

Von besonderer Bedeutung ist die Festlegung der Todesart, da hierdurch die Weichen für das weitere Vorgehen gestellt werden: Nach der attestierten Todesart entscheidet sich, ob die ermittelnden Behörden überhaupt Kenntnis von einem Sterbefall erlangen. Wird ein nicht natürlicher oder ungeklärter Tod bescheinigt, so bedeutet dies in jedem Fall die Eröffnung eines Todesermittlungsverfahrens durch die zuständigen Ermittlungsbehörden (3). Wird jedoch ein natürlicher Tod bescheinigt und es ist eine Erdbestattung geplant, so ist der / die LeichenschauerIn in aller Regel die letzte Person, die sich mit der Fragestellung befasst, ob etwa ein Fremdverschulden in Betracht kommt und ein Ermittlungsverfahren angebracht ist (3). Demzufolge spielt die Leichenschau auch eine fundamentale Rolle im Gefüge des Rechtsstaates (2, 4).

Schließlich ist die Leichenschau von zentraler Bedeutung bei der Anzeige von Berufskrankheiten sowie der Meldung übertragbarer Erkrankungen nach dem Infektionsschutzgesetz (5). Letztere Funktion hat im Rahmen der COVID-19-Pandemie und der damit verbundenen Bedeutung aktueller Infektions- und Sterbezahlen deutlich an Bedeutung gewonnen (12, 14).

### **1.1.2 Rechtsgrundlagen**

Die Gesetzgebungskompetenz in Bezug auf das Friedhofs- und Bestattungswesen liegt in Deutschland gemäß Art. 70 Abs. 1 Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG) in der Hand der Bundesländer (15). Jedes Bundesland regelt die Leichenschau und damit verbundene weitere rechtliche Schritte (z. B. Meldepflichten, Obduktionswesen, Feuerbestattungsleichenschau) individuell in eigenen Bestattungsgesetzen bzw. -verordnungen (16, 17). Auch existieren in jedem Bundesland unterschiedliche Todesbescheinigungen bzw. Leichenschauscheine (17). Dies führt dazu, dass die Rechtsgrundlagen der Leichenschau äußerst unübersichtlich und bis auf einige grundlegende Merkmale kaum zusammenzufassen sind. Erstaunlich ist, dass nicht einmal der Begriff der Leiche einheitlich definiert wird: So wird nach dem Bestattungsgesetz des Landes Sachsen-Anhalt auch ein menschliches Skelett als Leiche verstanden, sofern es sich nicht um ein Kulturdenkmal handelt (18). Ein Skelett ist dementsprechend in Sachsen-Anhalt leichenschau- und bestattungspflichtig, während diese Pflichten sich in anderen Bundesländern nicht ergeben (3). Es finden sich auch deutlich unterschiedliche Interpretationen des Begriffs der „Unverzüglichkeit“ der durchzuführenden Leichenschau: Während einige Länder, z. B. Nordrhein-Westfalen (19), diese nicht weiter definieren, werden in den Gesetzestexten anderer Bundesländer genaue Stundenangaben gemacht, z. B. *„spätestens innerhalb von sechs Stunden nach der Aufforderung“* (20). Weiter wird auch das Vorgehen bei der Klassifikation der Todesart je nach Bundesland unterschiedlich gehandhabt: Während in mehreren Ländern eine dreigliedrige Entscheidungsmöglichkeit zwischen den Todesarten „natürlich“, „nicht natürlich“ und „ungeklärt“ besteht (17), wird etwa in Nordrhein-Westfalen zunächst nach *„Anhaltspunkte[n] für äußere Einwirkungen, die den Tod zur Folge hatten“* gefragt; wird dies verneint, so muss noch zwischen einer natürlichen und einer ungeklärten Todesart entschieden werden (21).

### **1.1.3 Besonderheiten der ärztlichen Leichenschau**

Die Leichenschau ist eine besondere ärztliche Aufgabe. Zunächst erhält sie eine Sonderstellung allein dadurch, dass sie naturgemäß am Ende eines menschlichen Lebens stattfindet, einer für sich schon besonderen Situation. Sie befindet sich zudem an der Schnittstelle zwischen Medizin, Kriminalistik und Recht (5) und geht damit – gerade bei

vorliegenden Verdachtsmomenten auf ein wie auch immer geartetes Fremdverschulden - über den üblichen alltäglichen Berufskontext von ÄrztInnen hinaus.

Besonders ist auch, in Abgrenzung zu anderen, beispielsweise kurativen Tätigkeiten, dass im Grundsatz jede / r approbierte MedizinerIn zur Leichenschau verpflichtet und für die gemachten Angaben vollständig selbst verantwortlich ist (16). Eine Ausnahme von dieser Verpflichtung besteht allein bei NotärztInnen, die sich im Rettungsdiensteinsatz befinden. Diese dürfen sich auf die Todesfeststellung beschränken und zur Dokumentation eine vorläufige Todesbescheinigung ausstellen (22).

Nicht zuletzt kommt die Sonderstellung der Leichenschau auch dadurch zum Ausdruck, dass die Leistung nicht bei der Krankenkasse abgerechnet werden kann. Da das Versicherungsverhältnis mit dem Tod des Versicherungsnehmers endet, ist die Krankenkasse hier nicht leistungspflichtig (23). Bei Todesfällen außerhalb von Kliniken müssen die Angehörigen die Zahlung der Gebühr übernehmen, Leichenschauen in Krankenhäusern werden als ärztliche Dienstaufgabe verstanden und demnach nicht separat vergütet (23).

## **1.2 Die zweite Leichenschau (sogenannte Krematoriumsleichenschau)**

Neben der klassischen ärztlichen Leichenschau existiert eine zweite Leichenschau, die auch als „Feuerbestattungsleichenschau“ oder „Kremationsleichenschau“ bezeichnet wird (24). Diese ist in fast allen deutschen Bundesländern mit Ausnahme von Bayern sowie einzelner Fälle in Bremen gesetzlich vorgeschrieben, wenn ein natürlicher Tod bescheinigt wurde und gleichzeitig absehbar ist, dass der Leichnam für den deutschen Staat zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr zugänglich sein wird, also bei geplanter Feuerbestattung, Auslandsüberführung oder Körperspende (19, 25). Die Feuerbestattung ist die weit vorherrschende Bestattungsform in Deutschland. Nach einer Umfrage der Gütegemeinschaft Feuerbestattungsanlagen e. V. über die Jahre 2016 bis 2020 stieg der Anteil an Feuerbestattungen in Deutschland in dieser Zeitspanne von 69 % in 2016 auf 76 % im Jahr 2020 (26). Vor dem Hintergrund einer Quote an natürlichen Todesfällen von über 95 % (5) wird also ein erheblicher Anteil der Verstorbenen in Deutschland einer zweiten Leichenschau unterzogen. Diese wird von ÄrztInnen der unteren Gesundheitsbehörde bzw. von durch diese Behörde beauftragten MedizinerInnen (in der Regel RechtsmedizinerInnen) vorgenommen (25).

Die zweite Leichenschau dient der Überprüfung der Angaben in der Todesbescheinigung sowie einer erneuten Untersuchung des Leichnams (24, 27). Dies geschieht vor

dem Hintergrund, dass Fälle herausgefiltert werden sollen, die Anlass zu Zweifeln an einer natürlichen Todesart bieten (28-30). Dabei unterliegt die zweite Leichenschau im Vergleich zur ersten gewissen Limitationen. Die Todesbescheinigung stellt in aller Regel die einzige Informationsquelle für die ÄrztInnen der zweiten Leichenschau dar, eine Untersuchung des Sterbe- bzw. Auffindeortes ist nicht möglich und das postmortale Intervall beträgt im Unterschied zur ersten Leichenschau oft einige Tage (31). Ungünstig ist auch, dass einheitliche Beanstandungsgründe bzw. Kriterien, die eine Überprüfung der Todesart indizieren, bislang nicht definiert worden sind (30, 32). Dies führt dazu, dass die Auswahl der zu beanstandenden Fälle einer gewissen Subjektivität der untersuchenden ÄrztInnen unterliegt und regional dementsprechend etwas unterschiedlich erfolgt (24, 25). Dennoch gilt die Kremationsleichenschau als wichtiges Instrument der Qualitätssicherung (25, 30, 33).

Ergeben sich bei der Feuerbestattungsleichenschau Zweifel an einem natürlichen Tod, besteht das weitere Prozedere im Wesentlichen aus zwei Schritten, die gleichzeitig relevante interdisziplinäre Schnittstellen abbilden (25):

#### *Schritt 1: Schnittstelle zu ÄrztInnen der ersten Leichenschau*

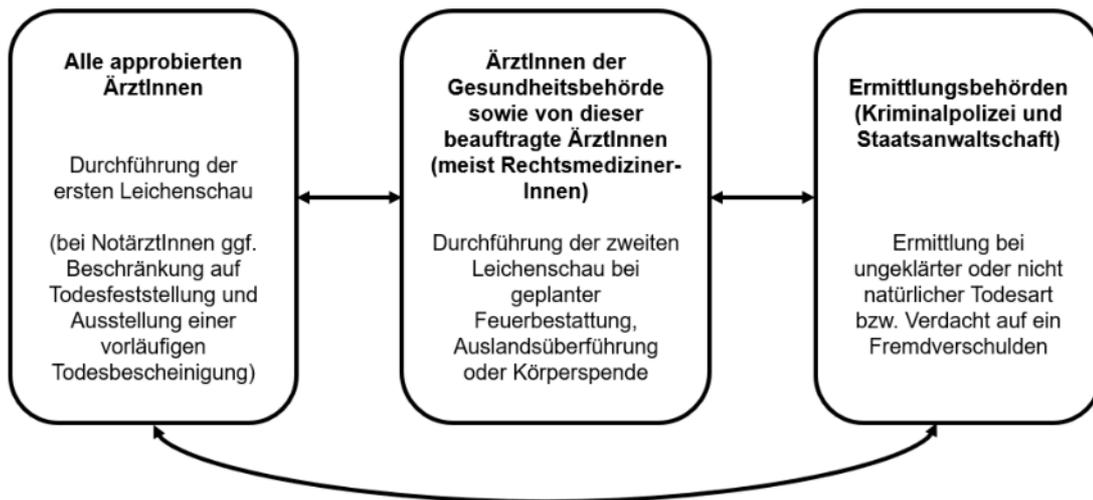
Im Rahmen einer Rücksprache mit der erstleichenschauenden oder auch einer anderen auskunftsfähigen Person, namentlich (vor-)behandelnden ÄrztInnen, wird versucht, durch gezielte Nachfrage die Zweifel an einem natürlichen Tod auszuräumen. Gelingt dies, wird in der Regel eine Unbedenklichkeitsbescheinigung ausgestellt (24) und der Leichnam kann ganz regulär feuerbestattet werden, z. B. (34).

#### *Schritt 2: Schnittstelle zu VertreterInnen der Ermittlungsbehörden*

Bleiben nach Rücksprache mit den behandelnden bzw. erstleichenschauenden ÄrztInnen Zweifel bestehen oder gelingt die Kontaktaufnahme zu diesen nicht, ist die Kriminalpolizei unter Übermittlung der wesentlichen Informationen zu dem Fall in Kenntnis zu setzen (24). Sodann wird ein Todesermittlungsverfahren eröffnet. Dies bedeutet, genau wie bei allen anderen Todesermittlungsverfahren, nicht automatisch, dass auch eine gerichtliche Obduktion stattfindet. Die Entscheidung, ob eine Obduktion aus ermittlungsbehörlicher Sicht zu beantragen ist, liegt bei der Staatsanwaltschaft (35).

## 1.3 Agierende Berufsdisziplinen bei Todesfällen in Deutschland

Zum besseren Verständnis der Arbeit soll in Abb. 1 ein kurzer Überblick über die bei Sterbefällen in Deutschland involvierten und für die vorliegende Studie wesentlichen Berufsdisziplinen gegeben werden.



**Abb. 1:** Überblick über die für diese Arbeit wesentlichen, in Sterbefällen agierenden Berufsdisziplinen (Pfeile = mögliche Interaktionen)

## 1.4 Probleme des deutschen Leichenschausystems

Die ärztliche Leichenschau steht bereits seit Jahrzehnten in der Kritik (36). In der Fachliteratur wird von der „*Misere der ärztlichen Leichenschau*“ gesprochen (5, 36, 37). Grundlegendes Problem sind die hohen Fehlerquoten bei der Leichenschau bzw. beim Ausstellen der Todesbescheinigung, die durch zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten belegt wurden (31, 38-51).

In der sogenannten Görlitzer Studie aus dem Jahr 1992 wurden über den Zeitraum eines Jahres Obduktionsergebnisse mit den zuvor gestellten klinischen Diagnosen zur Todesursache verglichen (44). Besonderheit dieser Studie war, dass nahezu 97 % aller Verstorbenen der Stadt Görlitz obduziert wurden (44). In 47 % der Fälle unterschieden sich die Obduktionsergebnisse von den in der Todesbescheinigung aufgeführten Diagnosen, in 30 % der Fälle betraf dies eine Hauptdiagnose (44).

Germerott et al. (2012) untersuchten 387 Fälle von Krematoriumsleichenschauen, in denen nach Meldung an die Ermittlungsbehörden aufgrund von Zweifeln an einem natürlichen Tod eine Obduktion stattgefunden hatte (33). Davon stellten sich 14,2 % der primär als natürlich bescheinigten Todesfälle im Ergebnis der Obduktion als nicht natürliche Todesfälle heraus. Noch höhere Quoten nicht natürlicher Todesfälle unter den gemeldeten zweiten Leichenschauen erhielten mit 19 % Tröger und Eidam (2000) (49) sowie mit 21,9 % Heide et al. (2013) (52).

Schönamsgruber et al. (2019) und Preuß-Wössner et al. (2018) zeigten durch einen Vergleich von Diagnosen in Todesbescheinigungen und Obduktionsergebnissen auf, dass gerade in Kliniken oft Fehldiagnosen eingetragen und todesursächliche Komplikationen übersehen werden (46, 47).

Darüber hinaus stellten Kronsbein et al. (2019) fest, dass in 372 Fällen tödlicher Schädel-Hirn-Traumata zu 1,5 % eine falsche Diagnose und zu 19,2 % keine Todesursache in der Todesbescheinigung eingetragen worden war (43).

Eine deutsche Multicenterstudie, an der mehrere rechtsmedizinische Institute beteiligt waren, kam auf Grundlage einer Auswertung von 78.000 Krematoriumsleichenschauen und theoretischer Berechnungen zu dem Ergebnis, dass in Deutschland etwa 11.000 nicht natürliche Todesfälle pro Jahr unerkannt bleiben. Für Tötungsdelikte ergab sich rechnerisch ein Wert von 1.200 unerkannten Fällen pro Jahr (38).

Zack et al. (2017) stellten bei Untersuchung von 10.000 Todesbescheinigungen fest, dass knapp 98 % der Todesbescheinigungen fehlerhaft sind (45). In ihrem Kollektiv enthielten 31,2 % der Formulare sogar schwerwiegende Fehler, wobei eine fehlerhafte Kausalkette dominierte (45).

Germerott et al. (2014) sowie Gleich et al. (2021) konnten zeigen, dass mangelhaft ausgefüllte Todesbescheinigungen und unkorrekte Einordnungen der Todesart gerade auch bei Menschen im fortgeschrittenen Lebensalter, namentlich bei Seniorenheimbewohnern, vorkommen (53, 54).

Es ist davon auszugehen, dass die Gründe für die mangelhafte ärztliche *Performance* in Bezug auf die Leichenschau vielgestaltig sind (2, 55). Madea gab in seinem Buch „Ärztliche Leichenschau“ (16) eine Übersicht über die bisher bekannten „*Ursachenkomplexe für die Misere der ärztlichen Leichenschau*“ und teilte diese dabei in vier Kategorien ein: „*Strukturelle Ursachen*“, „*Ursachen auf Seiten des Arztes*“, „*Ursachen auf Seiten der Ermittlungsbehörden*“ und „*Situative Ursachen*“ (5). Im Folgenden sollen die wesentlichen, in der Literatur vieldiskutierten Problemkomplexe wiedergegeben werden, wobei die von Madea vorgeschlagene Einteilung berücksichtigt wird.

### 1.4.1 Strukturelle Ursachen

Eine der Ursachen ist in der heterogenen Gesetzgebung in Bezug auf die Leichenschau zu sehen, die in Deutschland historische Wurzeln hat (5). Bereits zur Jahrhundertwende vom 18. auf das 19. Jahrhundert wurden erste Regelungen zu einer allgemeinen Leichenschau eingeführt - jedoch nur in einzelnen deutschen Staaten (5, 56). Eine einheitliche Gesetzgebung in Deutschland konnte bislang lediglich in der Zeit des Deutschen Reiches erreicht werden, allerdings begrenzt auf die Dauer von Epidemien (5). Später gab es in der DDR einheitliche gesetzliche Vorschriften (56). Die heutige Rechtslage sowie die Probleme in Bezug auf die heterogene Ausgestaltung der Todesbescheinigung wurden im Abschnitt 1.1.2 erläutert.

Immer wieder wird in der rechtsmedizinischen Fachliteratur auf die geringen Obduktionshäufigkeiten in Deutschland hingewiesen (31, 39, 49, 57-59). Eine Obduktionsquote von um die 2 % sei zu niedrig (30). Diese niedrige Quote ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass die juristischen Hürden für eine gerichtliche Obduktion aufgrund des postmortalen Fortwirkens des Persönlichkeitsrechts hoch sind (60). Schon seit Jahren ist zudem ein deutlicher Rückgang klinisch-pathologischer Sektionen zu verzeichnen (61). Zwischen den Jahren 2005 und 2014 ging die Zahl der Obduktionen an pathologischen Instituten um 30 % zurück (62). Vor dem Hintergrund, dass Obduktionen den Goldstandard der Todesursachenfeststellung und ein unerlässliches Mittel der Qualitätssicherung darstellen, sind diese Entwicklungen als problematisch anzusehen (57, 58, 63-65). Eine mögliche Steigerung der Sektionszahlen an pathologischen Instituten könnte sich durch die aktuelle Änderung der Obduktionsvereinbarung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 3 Krankenhausentgeltgesetz ergeben: Klinische Obduktionen werden seit dem 01.01.2022 deutlich besser vergütet (66).

Zu beobachten sein wird auch, ob die Änderung des § 25 des Infektionsschutzgesetzes im Zuge der COVID-19-Pandemie zu einer Steigerung der Obduktionszahlen geführt haben wird. Nach dieser Gesetzesänderung „*soll*“ die zuständige Gesundheitsbehörde die innere Leichenschau in Sterbefällen mit vorliegendem Infektionsverdachts gegenüber dem Gewahrsamsinhaber anordnen (67). In der früheren Version hieß es, die Gesundheitsbehörde „*kann*“ eine Sektion anordnen (67).

Als weiteres strukturelles Problem wurde die ungünstige Ausgestaltung der Todesbescheinigung in vielen Bundesländern erkannt. Die Komplexität der geforderten ärztlichen Angaben sei hoch, ohne dass zum Zeitpunkt des Ausstellens der Urkunde regelmäßig alle erforderlichen Informationen hierzu verfügbar seien (5, 10). Diesbezüglich wird auch

bemängelt, dass es bislang keine gut ausformulierten und einheitlich angewendeten Legaldefinitionen der Todesarten gibt (55, 68).

Als ungünstig wird weiterhin betrachtet, dass mit der Festlegung der Todesart MedizinerInnen eine rechtliche Einordnung vornehmen (55). Diesbezüglich wird auch von der „*Verquickung ärztlicher mit kriminalistischen Aufgaben*“ gesprochen (5).

#### **1.4.2 Situative Probleme**

Unter situativen Problemen werden Faktoren wie ungünstige räumliche oder örtliche Bedingungen, eine erschwerte Durchführung der Leichenschau durch fortgeschrittene Leichenerscheinungen oder eine Behinderung bei der Untersuchung durch starke Adipositas oder eine ungünstige Position des Leichnams verstanden (5, 55, 69-71). Madea (2019) fasst auch das Problem auf einen natürlichen Tod drängender Angehöriger unter die Kategorie der situativen Ursachen (5).

Ein weiteres situatives Problem stellt der Mangel an Informationen zu der / dem Verstorbenen dar. Gerade NotärztInnen und ÄrztInnen des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes haben häufig das Problem, dass ihnen kaum Informationen zu der verstorbenen Person zur Verfügung stehen und sie sich diese zunächst bei anderen Personen (Angehörigen, ZeugInnen, behandelnden ÄrztInnen) einholen müssen. (22, 72).

#### **1.4.3 Probleme auf Seiten des Arztes / der Ärztin**

Zu den in der Literatur meistgenannten Problemen auf Seiten von ÄrztInnen zählen mangelndes Fachwissen sowie Überforderung bei der Leichenschau. Dieser Problemkomplex wird als eine der Hauptursachen für die hohen Fehlerquoten bei der Leichenschau verstanden (25, 31, 41, 43, 46, 51, 55, 58, 73-75). Auch mangelnde Routine wird als ärztliches Problem bei der Leichenschau erkannt (55, 68, 74, 76). Eine Fragebogenstudie aus Hamburg ergab, dass mehr als zwei Drittel der HausärztInnen unter 10 Leichenschauen im Jahr durchführen (77).

Abgesehen von Wissensmängeln sowie Unsicherheiten im Zusammenhang mit der Leichenschau, wird in einigen Publikationen auch ein ärztlicher Widerwillen gegen die Durchführung von Leichenschauen beschrieben (5). ÄrztInnen empfänden sie als unangenehme Tätigkeit (78), die nicht auf einer Ebene mit anderen ärztlichen Aufgaben stehe (5). Schwarz et al. (2019) berichten, dass 20 % der per Fragebogen befragten KlinikärztInnen angaben, das Entkleiden eines Leichnams sei entbehrlich. Die Teilnehmerzahl war in dieser Studie mit 30 Personen sehr klein (74) und die Ergebnisse sind insofern mit Vorsicht zu bewerten. Allerdings wurde auch in der oben genannten Dissertation von

Lenz (2018) erhoben, dass nur 59,2 % der befragten HausärztInnen den Leichnam bei der Leichenschau konsequent entkleideten (71).

#### **1.4.4 Ursachen auf Seiten der Ermittlungsbehörden**

Es wird berichtet, dass es beim Ausfüllen der Todesbescheinigung zu Einflussnahmen auf ÄrztInnen durch die Ermittlungsbehörden komme, die vorwiegend auf den Wunsch einer Bescheinigung eines natürlichen Todes gerichtet seien (5, 55). In einer Fragebogenstudie von Vennemann et al. (2001) gaben 47 % der NotärztInnen und 41 % der niedergelassenen ÄrztInnen an, in der Vergangenheit im Hinblick auf die Auswahl der Todesart durch die Polizei beeinflusst worden zu sein (79). In einer Umfrage erhoben Zinka et al. (2015) einen Anteil von 70 % unter den teilnehmenden ÄrztInnen, die eine Einflussnahme durch Dritte beim Ausfüllen der Todesbescheinigung erlebt hatten, wobei die Beeinflussung in 62 % der Fälle von PolizeibeamtInnen ausgegangen sei (76).

In diesem Zusammenhang wird vereinzelt auch das Problem der geänderten bzw. mehrfachen Todesbescheinigung beobachtet (55, 58). Dabei handelt es sich um die Konstellation einer zunächst beispielsweise notärztlich ausgestellten Todesbescheinigung, die durch den / die AllgemeinmedizinerIn nach Einwirken der Polizei geändert oder ersetzt werden soll. Angenommener Hintergrund ist der polizeiliche Versuch, durch die veranlasste Bescheinigung eines natürlichen Todes vermeintlich unnötige Ermittlungsarbeit zu vermeiden (58). Tatsächlich handelt es sich hierbei um eine durch die Polizei angestoßene Urkundenfälschung (55, 80).

Der direkte Kontakt mit den Ermittlungsbehörden kann darüber hinaus zu Unsicherheiten auf Seiten der ÄrztInnen und zu interdisziplinären Spannungen führen (5, 74, 76, 79, 81, 82).

#### **1.4.5 Spezifische Schnittstellenprobleme im Rahmen der zweiten Leichenschau**

Auch im Rahmen der Krematoriumsleichenschau ergeben sich spezifische Schwierigkeiten, die im rechtsmedizinischen Arbeitsalltag immer wieder beobachtbar sind (25). Diese lassen sich anhand der in Absatz 1.2 beschriebenen zwei wesentlichen Schritte / Schnittstellen im Prozedere der zweiten Leichenschau einteilen:

##### *Schritt / Schnittstelle 1:*

Bei Vorliegen bestimmter Fallkonstellationen bzw. Beanstandungsgründe entsteht im rechtsmedizinischen Arbeitsalltag immer wieder der Eindruck, dass bestehende Zweifel an einem natürlichen Tod durch Rücksprache mit dem / der Erstleichenschauenden sehr

leicht auszuräumen sind (25). Dies erscheint zunächst positiv, aber gerade in diesen sehr einfach zu klärenden Fällen stellt sich die Frage, ob die Verzögerung der Feuerbestattung nicht von vorneherein vermeidbar gewesen wäre, wenn der / die Erstleichen-schauende die Todesbescheinigung sorgfältig ausgefüllt hätte. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Verzögerung einer Feuerbestattung zeitliche und personelle Ressourcen auf Seiten der Zweitleichenschauenden und des zuständigen Bestattungsunternehmens bindet, gerade auch vor dem Hintergrund von Kommunikationsbarrieren zwischen Erst- und Zweitleichenschauenden (25). Auch ist von einer vermehrten Belastung für die Angehörigen auszugehen (25), wenn sich dadurch etwa die Bestattung verzögert.

#### *Schritt / Schnittstelle 2:*

An der zweiten interdisziplinären Schnittstelle der Krematoriumsleichenschau kommt es nicht selten zu der Problematik unterschiedlicher fachlicher Einschätzungen von Sterbefällen (25). So gewinnt man im Berufsalltag den Eindruck, dass sich bei bestimmten Fallgruppen schwer nachvollziehbare Diskrepanzen zwischen dem Verhältnis der obduzierten Fälle zu den gemeldeten Fällen ergeben (25).

## **1.5 Bisherige Optimierungsbestrebungen**

### **1.5.1 Allgemeines**

Schon im Jahr 1983 kamen die Generalstaatsanwälte sowie der Generalbundesanwalt in einer Resolution zu dem Schluss, dass die Erkennung nicht natürlicher Todesfälle durch die ärztliche Leichenschau in der damaligen Form nicht gewährleistet und somit die Verfolgung und Aufklärung einschlägiger Straftaten durch den Rechtsstaat bedroht sei (36, 83). Konferenzen der JustizministerInnen sowie GesundheitsministerInnen thematisierten diese Problematik ebenfalls. Im Ergebnis wurde durch die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) eine Arbeitsgemeinschaft gegründet, die den Auftrag hatte, eine einheitliche Todesbescheinigung für das gesamte Bundesgebiet zu entwickeln (83). Bis heute sind die Todesbescheinigungen jedoch länderspezifisch gestaltet (siehe Abschnitt 1.1.2).

Die Bundesärztekammer entwickelte 2002 einen Entwurf für eine bundeseinheitliche Gesetzgebung zur Leichenschau (84), der nie weiterverfolgt wurde.

Im Jahr 2007 stellte die Justizministerkonferenz (JuMiKo) fest, dass sich an der Problematik der Nichterkennung von nicht natürlichen Todesfällen nichts geändert habe (83). Durch den Strafrechtsausschuss der JuMiKo wurde eine Projektgruppe ins Leben gerufen. Diese sprach sich dafür aus, dass nur noch die Todesfeststellung durch alle ÄrztIn-

nen durchgeführt werden dürfe, während die äußere Leichenschau Aufgabe von RechtsmedizinerInnen oder speziell geschulten ÄrztInnen werden solle (83, 85). Die sogenannte „qualifizierte Leichenschau“ sollte den ÄrztInnen der Gesundheitsämter übertragen und explizite Meldepflichten, z. B. bei Auffinden von Verstorbenen nach Wohnungsöffnung durch Polizei oder Feuerwehr, etabliert werden (86). Im Rahmen einer Überprüfung der Vorschläge der Projektgruppe durch die Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden wurde dieses Modell jedoch als „nicht umsetzbar“ eingestuft (83, 85). Auch die Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin äußerte sich hierzu kritisch (36). Das Modell wurde in einzelnen Bundesländern dennoch inzwischen umgesetzt (nähere Erläuterungen in Abschnitt 1.5.4).

Im Jahr 2009 gab die Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM) ein Dokument mit Vorschlägen zur Verbesserung der Leichenschau und Aufdeckung nicht natürlicher Todesfälle heraus, welches im Jahr 2015 aktualisiert wurde (87). Die Empfehlungen der Fachgesellschaft umfassten eine Intensivierung der universitären Lehre zur Leichenschau, Pflichtfortbildungen für ÄrztInnen, eine Steigerung der Obduktionszahlen, ein System zur Rückkopplung an ÄrztInnen, eine Ausdehnung der Krematoriumsleichenschau auf weitere Fälle sowie die Steigerung des ärztlichen Honorars bei der Leichenschau (87).

Im Zuge der 83. GMK im Jahr 2013 wurden Missstände im Zusammenhang mit der Todesursachenkodierung als Grundlage für die Todesursachenstatistik sowie weitere statistische Erhebungen thematisiert (10). Dabei wurde betont, dass die Bedeutung qualitativ hochwertiger Ausführungen in der Todesbescheinigung gegenüber leichenschauenden ÄrztInnen hervorgehoben werden müsse. Dies sei durch die Einrichtungen der ärztlichen Selbstverwaltung sowie öffentliche Behörden (Gesundheitsämter, Landesstatistikbehörden) zu leisten (10). Auch wurde angestoßen, in Abgrenzung zur bisher vorwiegend unikausalen Todesursachenstatistik (88) eine multikausale Todesursachenstatistik zu etablieren sowie eine Studie zur Machbarkeit einer elektronischen Todesbescheinigung durchzuführen (10).

Im Folgenden werden die wesentlichen, in der Literatur diskutierten Optimierungsmöglichkeiten im Detail aufgeführt:

### **1.5.2 Universitäre Lehre und Fortbildungen**

Ein Trend zur Optimierung der rechtsmedizinischen Lehre an deutschen Universitäten zeigte sich insbesondere seit der Änderung der ärztlichen Approbationsordnung im Jahr 2002 (89). So wurden *Skillslabs* (praktische Lernübungen) und *eLearning*-Programme an einzelnen Universitäten etabliert, (90, 91). Solche Modelle finden unter Studierenden

eine hohe Akzeptanz, sind aber mit relativ hohem personellem und zeitlichem Aufwand verbunden (90). Es ist davon auszugehen, dass *e-Learning*-Angebote auch im Rahmen der COVID-19-Pandemie deutschlandweit ausgebaut worden sind, offizielle Daten hierzu liegen jedoch bislang nicht vor (89). Die rechtsmedizinische Lehre wird durch Studierende an deutschen Universitäten gut bis sehr gut evaluiert (89). Optimierungswürdig ist, dass die Lehre zwar vielerorts in praktischer Form durch Training an der Leiche durchgeführt wird, Prüfungen sich jedoch nach wie vor weitgehend auf die Abfrage theoretischen Wissens beschränken (89).

Postgraduale Fortbildungsmaßnahmen wurden ebenfalls an zahlreichen Stellen im kleineren Rahmen verstärkt bzw. etabliert, beispielsweise in Form von Online-Fortbildungen (92-94).

### **1.5.3 Optimierung der Todesbescheinigung**

Änderungen der Todesbescheinigungen einzelner Bundesländer gab es in den vergangenen Jahrzehnten immer wieder (60). So wurde beispielsweise in Bayern das Formular im Jahr 2021 dahingehend geändert, dass die unter dem Aspekt der Warnhinweise zur Infektionsgefahr einschlägigen Erkrankungen in Form einer Liste aufgeführt wurden, um diesbezüglichen Unsicherheiten bei ÄrztInnen zu begegnen (95). In Niedersachsen wurden nach Bekanntwerden der Patiententötungen durch eine Pflegekraft in Oldenburg und Delmenhorst zahlreiche Meldepflichten in das Formular integriert, z. B. bei „*Anhaltspunkten für einen Tod durch eine ärztliche oder pflegerische Fehlbehandlung*“ (60, 96).

Ein vielversprechender Ansatz ist die Entwicklung einer bundeseinheitlichen, elektronischen Todesbescheinigung (eTB) im Rahmen einer vom Bundesgesundheitsamt geförderten Kooperation des Statistischen Bundesamtes mit dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (97). Im sogenannten Onlinezugangsgesetz vom 14.08.2017 haben sich Bund und Länder darauf geeinigt, dass zahlreiche Verwaltungsleistungen in Deutschland bis Ende des Jahres 2022 digitalisiert werden sollen (98). Die eTB könnte in diesem Rahmen in einem Bürgerportal für ÄrztInnen zur Verfügung gestellt werden (97). Im Februar 2020 stellte die Projektgruppe erste Zwischenergebnisse vor: Ein Formularsatz wurde erarbeitet, der als Basis für die eTB dienen soll (99). Diese soll kontextsensitiv ausgestaltet werden, sodass bestimmte Fragen nur dann erscheinen, wenn sie einschlägig sind. So soll die Frage nach dem Geburtsgewicht nur bei Fällen eingeblendet werden, in denen dies auch relevant ist (97, 99). Auch ist geplant, Informations- und Hilfsfelder für MedizinerInnen zu integrieren (99). In der Praxis soll, bevor das Dokument an die zuständigen Behörden übermittelt wird, eine automatische Kontrolle auf Vollständigkeit und Plausibilität erfolgen (97). Über ein elektronisches

Portal soll eine Kommunikationsstruktur zwischen Behörden und erstleichenschauenden ÄrztInnen eingerichtet werden, die Rückfragen bzw. eine Rückkopplung an ÄrztInnen der ersten Leichenschau ermöglichen würde (97). Zunächst soll die eTB in einem Pilotprojekt getestet werden (97).

#### **1.5.4 Qualifizierte Leichenschau**

Wie in Abschnitt 1.5.1 erwähnt, wurde regional die sogenannte qualifizierte Leichenschau in die Praxis umgesetzt (68, 100, 101). Bei diesem Modell findet die Leichenschau von der Todesfeststellung entkoppelt statt und wird durch speziell qualifizierte ÄrztInnen durchgeführt.

In Bremen wurde das Bestattungsgesetz im Jahr 2017 dahingehend geändert (102). ÄrztInnen des rechtsmedizinischen Instituts gelten dort für die Leichenschau ohne weitere Voraussetzungen als hinreichend qualifiziert, während alle anderen ÄrztInnen sich durch Absolvierung einer Weiterbildung qualifizieren können (100). Die Todesfeststellung wird weiter durch alle approbierten ÄrztInnen durchgeführt. Dabei wird inzwischen ein einheitliches Formular verwendet, das Angaben der ÄrztInnen der Todesfeststellung im oberen sowie Angaben der ÄrztInnen der Leichenschau im unteren Abschnitt vorsieht (100). In Bremen wurde damit erstmalig demonstriert, dass das Modell der qualifizierten Leichenschau grundsätzlich umsetzbar ist. Eine flächendeckende Umsetzbarkeit eines solchen Ansatzes in Deutschland wird allerdings weiterhin bezweifelt (5). Zudem ergaben sich durch das Modell neue Probleme. Gemäß einer Publikation von Cordes (2019) träten beispielsweise Schwierigkeiten bei der Einholung der Anamnese durch die qualifizierten LeichenschauerInnen auf, wenn die behandelnden ÄrztInnen nicht erreichbar seien (100).

In einem Erfahrungsbericht des Münchener ärztlichen Leichenschaudienstes von Peschel et al. (2019) wird die Problematik hervorgehoben, dass auch speziell qualifizierte ÄrztInnen in aller Regel nicht in der Lage sind, eine Todesursache allein durch die äußere Untersuchung eines Leichnams zu erkennen. Informationen zu der / dem Verstorbenen müssten letztlich doch wieder bei behandelnden ÄrztInnen, Angehörigen oder sonstigen Auskunftspersonen eingeholt werden (68). So könnten in vielen Fällen „*keine oder nur schwer begründbare Verdachtsdiagnosen*“ erhoben werden (68). Werde in der Konsequenz einer nicht (sicher) feststellbaren Todesursache ein ungeklärter Tod bescheinigt, so stoße dies bisweilen auf Unverständnis seitens der Kriminalpolizei (68).

In Frankfurt am Main wird seit dem 01.01.2018 ein Modell eingesetzt, bei dem die durch Kriminalpolizei oder Staatsanwaltschaft wochentags und tagsüber initiierten Leichen-

schauen durch einen speziellen Dienst des rechtsmedizinischen Instituts des Universitätsklinikums Frankfurt durchgeführt werden (101). Die außerhalb dieser Zeiten angeforderten Leichenschauen werden durch den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) geleistet. In einer aktuellen Studie des Instituts von Plenzig et al. (2022) wurde untersucht, inwiefern sich im Beobachtungszeitraum die Ergebnisse der 364 rechtsmedizinisch durchgeführten Leichenschauen von den 461 durch den ÄBD ausgeführter Leichenschauen unterschieden (101). Von den Fällen der Rechtsmedizin wurden 78, von denen des ÄBD 76 im weiteren Verlauf obduziert. Eine Änderung der Todesart im Ergebnis der Obduktionen ergab sich im rechtsmedizinischen Kollektiv bei 62,8 % und im Kollektiv des ÄBD bei 75,0 %, insbesondere im Sinne der Änderung einer ungeklärten in eine natürliche Todesart. Die Änderung einer ungeklärten in eine nicht natürliche Todesart ergab sich bei den rechtsmedizinischen Fällen in 10,3 %, beim ÄBD in 25,0 % der Fälle. Plenzig et al. (2022) schlossen aus ihren Ergebnissen, dass das Erkennen der Todesart auch für speziell qualifizierte Leichenschau-ÄrztInnen problematisch ist (101).

### **1.5.5 Vergütung**

Das Problem der unzureichenden Vergütung der Leichenschau wurde jahrelang sowohl von ÄrztInnen, die erste Leichenschauen durchführten, als auch von RechtsmedizinerInnen bemängelt (55, 57, 58, 103, 104). So konnten seit der Etablierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) 1965 bzw. der Neufassung von 1982 nur 33,52 Euro für eine Leichenschau abgerechnet werden (103, 105), was - gemessen am Aufwand einer Leichenschau und der damit einhergehenden Verantwortungsübernahme - als unangebracht betrachtet wurde (104). Am 20.09.2019 verabschiedete der Bundesrat schließlich eine Verordnung zur Änderung der GOÄ, in der eine deutlich höhere Vergütung der Leichenschau von 110,51 Euro für eine vorläufige und 165,77 Euro für eine eingehende Leichenschau vorgesehen war (106). Die Änderung trat zum 01.01.2020 in Kraft (104). Die vollständigen Gebührensätze sind allerdings nur dann abzurechnen, wenn bestimmte Zeitintervalle bei der Tätigkeit eingehalten werden. Die geforderte Mindestdauer für eine vorläufige Leichenschau mit Untersuchung des Verstorbenen, Feststellung sicherer Todeszeichen, Einholen von Auskünften und Ausstellen einer vorläufigen Todesbescheinigung beträgt 20 Minuten. Für die Abrechnung des vollen Satzes einer eingehenden Leichenschau inklusive eingehender Untersuchung des Verstorbenen, Ausstellen einer Todesbescheinigung einschließlich Angabe von Todesart und -ursache müssen mindestens 40 Minuten aufgewendet worden sein (107). Wird weniger Zeit investiert, sind lediglich 60 % des vollen Satzes abrechenbar (107). Bei besonderen Umständen, wie etwa der Untersuchung einer unbekanntes Leiche, und dadurch entstehendem zusätzlichem Zeitaufwand können 27,63 Euro zusätzlich berechnet werden (107).

### **1.5.6 Bisher nicht umgesetzte Optimierungsmöglichkeiten:**

Ein standardisiertes System zur Rückkopplung an ÄrztInnen der ersten Leichenschau als Möglichkeit der Fortbildung sowie Qualitätssicherung, wie es von der DGRM empfohlen wurde (87), existiert bislang in Deutschland nicht. Zwar finden Rückmeldungen an leichenschauende ÄrztInnen in Form von Ordnungswidrigkeitenverfahren durch die Gesundheitsbehörden (108) sowie im Rahmen der zweiten Leichenschau bei bestehenden Zweifeln an einem natürlichen Tod (25) statt, allerdings betrifft dies nur einen Bruchteil der Todesfälle: Nur etwa jede 1250. Leichenschau endet in einem Ordnungswidrigkeitenverfahren (108) und die Quote der beanstandeten Fälle unter den zweiten Leichenschauen liegt in aktuellen Studien im einstelligen Prozentbereich (25, 30).

Auch hinsichtlich der Steigerung der Obduktionszahlen hat sich gemäß aktueller Publikationen kaum etwas getan (30, 61). Vor diesem Hintergrund wird von einigen Autoren die Etablierung eines Indikationskatalogs für die Ermittlungsbehörden am Beispiel Großbritanniens befürwortet (61, 109). In Großbritannien existiert ein solcher Katalog in der Form, dass bestimmte Fälle dem Coroner (Beamter, der Fälle mit ungeklärter oder nicht natürlicher Todesart untersucht) gemeldet werden müssen, beispielsweise wenn in den letzten 14 Tagen vor dem Tod eine medizinische Behandlung stattgefunden hat (109). Ein ähnliches System gab es in der Deutschen Demokratischen Republik. Obduktionen waren hier bei Vorliegen bestimmter Kriterien (z. B. Verstorbener noch nicht 17 Jahre alt) gesetzlich angeordnet (61).

Wie in den Abschnitten 1.1.2 und 1.5.1 erläutert, ist auch im Hinblick auf die Vereinheitlichung der Gesetzgebung bislang kein Erfolg erzielt worden. Damit einhergehend existieren in Deutschland auch bis heute keine einheitlichen Legaldefinitionen der Todesarten (55).

## **1.6 Ziele der Arbeit**

Die vorliegende Arbeit besteht aus zwei Teilen, die methodisch und im Hinblick auf ihren Untersuchungsgegenstand unterschiedlich, thematisch jedoch eng verknüpft sind. Übergeordnetes Ziel war es, die bereits bekannten Probleme im Zusammenhang mit der ärztlichen Leichenschau weiter zu spezifizieren, darüberhinausgehende, bisher möglicherweise nicht berücksichtigte Probleme zu identifizieren und Verbesserungsmöglichkeiten abzuleiten. Mit unserer Arbeit möchten wir einen konstruktiven Beitrag zur Optimierung des Leichenschausystems in Deutschland leisten.

### **1.6.1 Teil I: Interdisziplinäre Schnittstellen bei der zweiten Leichenschau – Probleme und Optimierungsmöglichkeiten**

Ziel des ersten Teils war es, durch Analyse der Dokumentationen in einem Kollektiv zweiter Leichenschauen Probleme an den wesentlichen Schnittstellen der zweiten Leichenschau zu identifizieren. Zwar ist das Kollektiv Verstorbener bei der zweiten Leichenschau verhältnismäßig spezifisch (ausschließlich als natürlich klassifizierte Todesfälle mit geplanter Kremation, Auslandsüberführung oder Körperspende), bei einer Feuerbestattungsquote von über 75 % (26) und über 95 % natürlichen Todesfällen (5) in Deutschland betrifft dies jedoch einen beachtlichen Anteil der Sterbefälle. Die hier zu beobachtenden Probleme lassen somit allgemeine Rückschlüsse auf die ärztliche Leichenschau zu. Folgende übergeordnete Fragestellungen sollten untersucht werden:

- Welche Fehler werden typischerweise bei der Leichenschau gemacht und welche davon sind objektiv vermeidbar?
- In welchen Fällen zweiter Leichenschauen ergeben sich Diskrepanzen zwischen rechtsmedizinischer und ermittelungsbehördlicher Einschätzung?
- Welche Art von Fällen ist für die Ermittlungsbehörden von besonderem Interesse?
- Welche Rückschlüsse lassen sich daraus für die Praxis der Leichenschau und für die interdisziplinäre Interaktion ziehen?

### **1.6.2 Teil II: Probleme und Optimierungsmöglichkeiten der ärztlichen Leichenschau aus der Perspektive involvierter Berufsgruppen**

Trotz der in Abschnitt 1.5 aufgeführten, vielfältigen Optimierungsbestrebungen hat sich an der Qualität der Leichenschau bisher nicht viel geändert, wie aktuelle Studien belegen (43, 45, 47, 53, 60, 110). Als (mit-)ursächlich wird betrachtet, dass viele im Berufsalltag auftretende praktische Probleme leichenschauender ÄrztInnen noch nicht gelöst worden sind (60).

Für die Optimierung des Leichenschausystems ist es aus unserer Sicht von herausragender Bedeutung, die im Berufsalltag auftretenden Probleme sowie Bedarfe der direkt involvierten Berufsgruppen zu kennen. Nur Probleme, die bekannt sind, können wirkungsvoll adressiert werden. Einige AutorInnen haben sich bereits mit Problemen im Berufsalltag leichenschauender ÄrztInnen aus deren Perspektive beschäftigt (55, 58, 70, 71, 74, 76, 77, 79). Bei den Publikationen von Schwarz et al. (2019) (74), Vennemann et al. (2001) (79) und Zinka et al. (2015) (76) sowie zwei Dissertationen der medizinischen Fakultäten der Universitäten Hamburg (2015) und Koblenz (2018) (71, 77) handelt

es sich um Fragebogenstudien. In den Fragebögen wurden die ärztliche *Compliance* bei der Durchführung der Leichenschau einerseits und / oder einzelne Teilaspekte von Problemen bei der ersten Leichenschau andererseits abgefragt. Die übrigen bisher verfügbaren Publikationen über Probleme leichenschauender ÄrztInnen stützen sich - soweit nachvollziehbar – auf eigene Erwägungen oder Erfahrungssätze der AutorInnen oder stellen selektive Übersichtsarbeiten dar (55, 58, 70, 72). Die erst sekundär im System der Leichenschau agierenden Berufsdisziplinen (Kriminalpolizei, Staatsanwaltschaft, AmtsärztInnen, RechtsmedizinerInnen) und deren Probleme wurden zudem bislang gar nicht systematisch untersucht, obwohl die Qualität der Leichenschau in deren Arbeitsalltag eine große Rolle spielt.

Eine umfassende Problemanalyse aus der Perspektive der beteiligten Berufsdisziplinen ergibt sich aus den bisherigen Veröffentlichungen demzufolge nicht. Insbesondere liegen bisher kaum wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse dazu vor, welche Probleme an Schnittstellen zwischen verschiedenen Berufsdisziplinen existieren (25, 76, 77, 79). Vor diesem Hintergrund war das Ziel des zweiten Teils der vorliegenden Arbeit, in einem qualitativen, breit gewählten Ansatz, unter Einbeziehung aller wesentlich beteiligten Berufsgruppen die verschiedenen Perspektiven auf Problemfelder im Kontext der Leichenschau zu untersuchen. So sollten wertvolle Erkenntnisse für die Optimierung des Leichenschauwesens gewonnen und gleichzeitig eine Basis für die Hypothesengenerierung für nachfolgende Fragebogenstudien mit größeren Teilnehmerzahlen geschaffen werden.

Folgende übergeordnete Fragestellungen sollten untersucht werden:

- Welche Probleme und Optimierungsbedarfe sehen die verschiedenen mit Sterbefällen befassten Berufsdisziplinen in Bezug auf das Deutsche Leichenschau-system?
- Welche konkreten Probleme begegnen Ihnen in Ihrem Alltag?
- Gibt es besondere Schwierigkeiten an interdisziplinären Schnittstellen?
- Welche Lösungsmöglichkeiten halten die involvierten Berufsdisziplinen für wirkungsvoll?
- Welche Rückschlüsse können hieraus für die Optimierung des Leichenschau-systems in Deutschland gezogen werden?

**2 Teil I (zur Veröffentlichung angenommen):  
Küppers, L., Ritz-Timme, S., Hartung, B.,  
(2022) Interdisziplinäre Schnittstellen bei  
der zweiten Leichenschau – Probleme und  
Optimierungsmöglichkeiten. Zur Veröf-  
fentlichung angenommen in: *Rechtsmedi-  
zin***

# 3 Teil II (nicht publizierte Ergebnisse): Probleme und Optimierungsmöglichkeiten der ärztlichen Leichenschau aus der Perspektive involvierter Berufsgruppen

## 3.1 Material und Methoden II

### 3.1.1 Einführung in die Methodik von Teil II: Fokusgruppeninterviews

Basis von Teil II der vorliegenden Arbeit ist ein qualitativer Forschungsansatz. Als Methodik wurden Fokusgruppeninterviews gewählt, die auch als Fokusgruppendifkussionen bezeichnet werden (111). Diese Methode wurde ursprünglich im Bereich der Markt- und Sozialforschung entwickelt, ist aber zunehmend auch in der Gesundheitsforschung etabliert (112). Fokusgruppeninterviews sind primär zur Exploration von „*bisher wenig erforschten oder komplexen Sachverhalten*“ (112) geeignet. Fraglos handelt es sich bei der Leichenschau um ein komplexes und facettenreiches Thema, allein aufgrund der heterogenen Gesetzgebung. Zudem existieren - wenngleich es zahlreiche Studien etwa zu Fehlern bei der ärztlichen Leichenschau gibt (Abschnitt 1.4) - praktisch keine systematischen Erhebungen zu Problemen und Optimierungsbedarfen aus Sicht der betroffenen Berufsdisziplinen, wie bereits in Abschnitt 1.6.2 erläutert wurde. Die Vorteile von Fokusgruppeninterviews gegenüber quantitativen Methoden liegen unter anderem darin, dass unerwartet solche Aspekte in den Vordergrund gelangen können, die bisher gar nicht als ausschlaggebend erkannt wurden (113). Wie in Abschnitt 1.5 ausgeführt, wurden schon zahlreiche Versuche unternommen, das System der Leichenschau in Deutschland zu verbessern, ohne bisher durchschlagenden Erfolg. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, nach eben solchen Aspekten zu suchen. Die Fokusgruppenmethode erscheint mithin für unsere Fragestellungen optimal. Klassischerweise können im nächsten Schritt dann auf Basis der Ergebnisse gezielte Hypothesen, etwa durch quantitative Untersuchungsmethoden wie Fragebögen, untersucht werden (113).

Das Grundprinzip der Methode stellen semistrukturierte Interviews in Gruppen mehrerer Personen dar, die unter Zuhilfenahme eines vorher erstellten Interviewleitfadens moderiert werden (113, 114). Die Besonderheit ist – im Unterschied zur Durchführung entsprechend vieler Einzelinterviews – die Interaktion der Teilnehmenden, denn „*erst im Gespräch sieht man sich gezwungen, die eigene Meinung zu benennen und zu behaupten*“ (113).

ten, wodurch tieferliegende Einstellungen und ein größerer Bereich von Reaktionsweisen zum Vorschein kommen“ (115). Fokusgruppeninterviews steigern die Bereitschaft, offen über ein bestimmtes Thema zu reden, wenn Gruppen Gleichgesinnter zusammenkommen (112). Dabei wird eine etwaige gegenseitige Beeinflussung der Teilnehmenden untereinander oder zwischen ModeratorIn und TeilnehmerInnen nicht als Störfaktor gesehen, sondern als Bereicherung, da sie dem natürlichen Prozess der Meinungsbildung entspricht und somit realitätsnäher ist als eine bloße Meinungsabfrage in Form von Einzelinterviews (115). Nachteile der gruppenbasierten Vorgehensweise können beispielsweise dadurch zum Tragen kommen, dass Teilnehmende sich aufgrund der Exponiertheit nicht trauen, etwas Bestimmtes zu sagen – insbesondere, wenn ihre Ansicht der Mehrheitsmeinung widerspricht - oder sehr dominante Beteiligte sich in den Vordergrund spielen (113, 115). Eine weitere Schwäche der Methodik ist die aufwändige Rekrutierung (113). Insbesondere in der Gesundheitsforschung kann es äußerst schwierig sein, Probanden zu rekrutieren, da im Gesundheitswesen Tätige oft zeitlich eingeschränkt sind, z. B. durch Schichtdienste (112).

Die Empfehlungen zur Durchführung von Fokusgruppendifkussionen in der Fachliteratur sind heterogen (112, 116), gerade in Bezug auf die Gruppengröße sowie die Anzahl der durchzuführenden Interviews (117). Morgan und Bottorff (2010) pointieren diese Tatsache in einer Sonderausgabe der Zeitschrift Qualitative Health Research zum Thema Fokusgruppen mit dem Satz: „*There is no single right way to do focus groups.*“ (Übersetzung ins Deutsche: „*Es gibt nicht den einen richtigen Weg, Fokusgruppenstudien durchzuführen.*“) (112, 116) Generell sind Angaben zur Durchführung von Fokusgruppeninterviews nicht als absolute Standards zu verstehen, sondern beschreiben vielmehr, wie Fokusgruppenstudien oft tatsächlich durchgeführt werden (117). Dies hat damit zu tun, dass die ideale Ausgestaltung der Methode in Abhängigkeit von der Fragestellung sehr unterschiedlich sein kann (116).

Die Standardgröße der Gruppen wird mit sechs bis zehn Teilnehmenden angegeben (115), allerdings sind sinnvolle Gruppendiskussionen durchaus auch schon bei einer Gruppengröße von drei Personen möglich (118). Als Nachteil kleinerer Gruppen wird insbesondere beschrieben, dass die Diskussion ins Stocken geraten kann (115). Bei größeren Gruppen kann es für den Moderator schwierig werden, das Gespräch zu koordinieren (119) und es besteht die Gefahr, dass weniger detailliert auf bestimmte Themen und Einstellungen eingegangen werden kann (120).

Auch hinsichtlich der Anzahl der durchzuführenden Interviews besteht in der Literatur keine Einigkeit. Empfohlen werden oft drei bis fünf Gruppendiskussionen (117). Relativ

einheitlich wird jedenfalls ein Fortführen weiterer Interviews nahegelegt bis eine „*theoretische Sättigung*“ (115) erreicht ist, also keine oder kaum noch neue Erkenntnisse in weiteren Interviews gewonnen werden (113, 117, 121, 122).

Es wird empfohlen, für die Moderation eine hierarchisch ähnlich gestellte Person einzusetzen (112). Diese muss nicht zwangsläufig in dem Bereich tätig sein, um den sich die Gruppendiskussion dreht, sollte sich aber damit auskennen (115). Die moderierende Person hat darauf zu achten, dass das Themenspektrum vollständig erfasst wird und der Redeanteil der Teilnehmenden nicht zu stark ins Ungleichgewicht gerät (112).

Üblicherweise werden die Interviews per Tonaufnahme oder Video aufgezeichnet und anschließend transkribiert (113). Eine gängige Auswertungsmethode ist die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring, bei der klassischerweise eine Zuteilung zu entweder deduktiven oder induktiv entwickelten Kategorien erfolgt (123). Ein deduktives Vorgehen beschreibt die Verwendung von bereits vorbestehenden Kategorien, ein induktives die Bildung neuer Kategorien anhand des vorliegenden Materials während des Prozesses qualitativen Auswertung (123). Auch ein kombiniertes deduktiv-induktives Vorgehen ist möglich (124).

### **3.1.2 Festlegung der Teilnehmer- und Interviewanzahl sowie Stichprobenauswahl**

Neben leichenschauenden ÄrztInnen aus drei verschiedenen Tätigkeitsbereichen (Niederlassung, Klinik, Notarzdienst) wurden auch ÄrztInnen aus Rechtsmedizin und Gesundheitsamt, die regelmäßig zweite Leichenschauen durchführen, als Zielgruppen identifiziert sowie VertreterInnen von Staatsanwaltschaft und Kriminalpolizei mit Tätigkeit im Bereich der Todesermittlungen. Es ergaben sich somit sieben für unsere Studie relevante Bereiche: Hausärztlicher Bereich, Krankenhaus, Notarzdienst, Rechtsmedizin, Gesundheitsamt, Staatsanwaltschaft und Kriminalpolizei. Entsprechend wurde eine Mindestanzahl von sieben Fokusgruppeninterviews festgelegt. Die Gruppenstärke wurde mit mindestens drei Teilnehmenden pro Gruppe geplant. Diese Anzahl liegt unter den oben genannten, oft verwendeten Gruppenstärken, allerdings wurde beabsichtigt, den TeilnehmerInnen – bei einem insgesamt sehr umfangreichen Thema - die Möglichkeit zu detaillierten Stellungnahmen zu geben, sodass eine größere Gruppenanzahl auf Grundlage der vorliegenden Fragestellung nicht zielführend erschien (116).

Bezüglich der Stichprobenauswahl wurde angestrebt, in den Gruppen „KlinikärztInnen“ sowie „NotärztInnen“ Heterogenität in Bezug auf die Fachrichtung sowie die Größe der Klinik zu erreichen, um ein gewisses Erfahrungsspektrum hinsichtlich der Leichenschau abzudecken. Bei der Gruppe „HausärztInnen“ wurde auf Basis ähnlicher Überlegungen

Heterogenität in Bezug auf den Standort der Praxis im großstädtischen bzw. ländlichen Bereich intendiert. Die Zusammenstellung der Gruppen „Kriminalpolizei“ und „Staatsanwaltschaft“ wurde im Sinne einer sogenannten Gelegenheitsstichprobe, also durch Auswahl der am leichtesten verfügbaren Personen (125) geplant, da von einer geringen Verfügbarkeit dieser Disziplinen auszugehen war. Auch die Zusammenstellung der Gruppen „Rechtsmedizin“ und „Gesundheitsamt“ wurden im Sinne einer sogenannten Gelegenheitsstichprobe geplant, da das Spektrum an unterschiedlichen Fällen bzw. Erfahrungen der Leichenschauenden sich hier primär durch die Tätigkeit der zweiten Leichenschau selbst ergibt und nicht zwangsläufig durch eine heterogene Gruppenzusammenstellung.

### **3.1.3 Leitfadenerstellung sowie Erstellung von Kurzfragebögen**

Vorab wurden auf der Basis einer Literaturrecherche sowie theoretischer Vorüberlegungen Interviewleitfäden erstellt. Bei der Leitfadenerstellung wurde die sogenannte *SPSS*-Methode berücksichtigt. Diese Methode beinhaltet ein vierstufiges Vorgehen, welches einerseits die Offenheit der Fragen und andererseits die Strukturiertheit des Interviews sicherstellen soll (114):

#### *Schritt 1: „Sammeln“*

Im ersten Schritt werden alle Fragen gesammelt, die sich im Kontext des Forschungsthemas stellen.

#### *Schritt 2: „Prüfen“*

Im zweiten Schritt werden solche Fragen aus dem Interviewleitfaden gestrichen oder modifiziert, die den Kriterien Offenheit, Notwendigkeit bzw. Spezifität in Bezug auf die Forschungsfrage nicht entsprechen.

#### *Schritt 3: „Sortieren“*

Anschließend werden die noch verbleibenden Fragen sinnführend sortiert und strukturiert.

#### *Schritt 4: „Subsumieren“*

Den in bestimmten Themen-Bündeln angeordneten Fragen wird eine „*Erzählaufforderung*“ (114) vorangestellt, also eine Eingangsfrage, die dazu führt, dass möglichst viele Aspekte des gegenständlichen Themas von alleine angesprochen werden.

Die Leitfäden dieser Studie wurden für die erstleichenschauenden ÄrztInnen und die erst nachfolgend involvierten Disziplinen (ÄrztInnen der zweiten Leichenschau sowie VertreterInnen der Ermittlungsbehörden) etwas unterschiedlich konzipiert. Dies war aufgrund

der unterschiedlichen Tätigkeiten dieser Berufsgruppen im Zusammenhang mit der Leichenschau notwendig. Beispiele für die Interviewleitfäden der erstleichenschauenden ÄrztInnen einerseits und der nachfolgend involvierten Disziplinen andererseits finden sich in Abschnitt 6.4.

Des Weiteren wurden Kurzfragebögen zu demographischen und beruflichen Variablen entwickelt, um wesentliche Informationen zu den Teilnehmenden erheben zu können. Erfasst wurden hierbei Geschlecht, Alter, Beruf / Fachrichtung, primärer Arbeitsplatz, Berufserfahrung, berufliche Stellung sowie die Häufigkeit der Durchführung von Leichenschauen im Berufsalltag.

### **3.1.4 Teilnehmerakquise**

Die Kontaktaufnahme zur Rekrutierung von TeilnehmerInnen fand primär über berufliche Netzwerke statt, etwa im Sinne einer direkten Anfrage bei den aufgrund der regionalen Gegebenheiten infrage kommenden Staatsanwaltschaften bzw. Klinikabteilungen. Im Fall der Fokusgruppe „HausärztInnen“ wurde die Anfrage über einen Verteiler des Instituts für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf versendet, um potenzielle TeilnehmerInnen aus dem hausärztlichen Bereich zu gewinnen. Eine unterschiedliche Vorgehensweise bezüglich der Rekrutierung war aufgrund der heterogenen beruflichen Hintergründe und damit auch unterschiedlichen Erreichbarkeiten notwendig. Per E-Mail wurde den potentiellen Teilnehmenden umfassendes Informationsmaterial zu der geplanten Studie übermittelt (Studienprotokoll und Aufklärungsbogen, siehe Abschnitt 6.3) und um eine Rückmeldung per E-Mail an die Studienleitung gebeten. Es konnten 25 Teilnehmende aus verschiedenen Berufsgruppen für die Teilnahme am Projekt gewonnen werden. In Tabelle 1 ist ein Überblick über die Fokusgruppen und die Anzahl der jeweiligen TeilnehmerInnen pro Gruppe dargestellt, wobei Überschneidungen (z. B. NotärztInnen, die gleichzeitig als KlinikärztInnen arbeiten) in Klammern aufgeführt sind. Die vorab geplante Anzahl von mindestens 3 TeilnehmerInnen pro Fokusgruppe konnte in einem Fall nicht eingehalten werden. Gründe hierfür waren ein geringer Rücklauf bei der Teilnehmerakquise sowie Terminkoordinierungsschwierigkeiten. Hierbei handelt es sich um typische Schwierigkeiten bzw. Komplikationen der Methodik der Fokusgruppeninterviews, insbesondere bei Anwendung der Methode im Bereich der Gesundheitsforschung (112).

<b>Tätigkeitsbereich</b>	<b>Anzahl der TeilnehmerInnen</b>
KlinikärztInnen	3 (+ 3 aus der Gruppe der NotärztInnen)
NotärztInnen	3 (+ 1 aus der Gruppe der KlinikärztInnen sowie 1 der AllgemeinmedizinerInnen)
AllgemeinmedizinerInnen	5
ÄrztInnen des Gesundheitsamtes	5
RechtsmedizinerInnen	4
KriminalpolizistInnen	3
StaatsanwältInnen	2
gesamt	25

***Tabelle 1: Tätigkeitsbereiche der TeilnehmerInnen (mit Überschneidungen).***

### **3.1.5 Durchführung der Interviews**

Im Zeitraum zwischen dem 15.10.2019 und 08.04.2020 fanden schließlich 7 Fokusgruppeninterviews statt, wobei die Gruppengröße zwischen 2 und 5 Teilnehmenden variierte.

Sämtliche Interviews wurden von derselben Person nach den empfohlenen Vorgaben zur Durchführung von Fokusgruppendifkussionen (115) moderiert, insbesondere unter Berücksichtigung der zuvor erstellten Leitfäden. Zu Beginn fand eine kurze Vorstellungsrunde statt. Die Teilnehmenden wurden über den Ablauf des Interviews informiert und es wurde Zeit für Nachfragen zur Methode eingeräumt. Sodann wurden die Kurzfragebögen verteilt und von allen Teilnehmenden ausgefüllt. Während der anschließenden Durchführung der Interviews wurden Tonaufnahmen gefertigt. Grundsätzlich bestand jederzeit die Möglichkeit für die TeilnehmerInnen, Nachfragen und zusätzliche Zwischenfragen zu stellen, allerdings wurde zum Teil bei bestehender Gefahr einer Entfernung vom Interviewleitfaden auf eine Fragemöglichkeit nach Abschluss des Interviews hingewiesen.

Eines der Interviews konnte aufgrund der zu diesem Zeitpunkt geltenden Bestimmungen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie lediglich als Online-Meeting stattfinden. Hierzu wurde das Programm Skype® Version 8.58.0.98 verwendet.

### **3.1.6 Beendigung der Interviewphase**

Nach der Durchführung der siebten Fokusgruppendifkussion wurde überprüft, ob durch weitere Interviews ein Zugewinn an neuen Erkenntnissen oder Ansichten zu erwarten sein würde. Da sich die Meinungen und Argumente erkennbar wiederholten und neue Aspekte nur noch minimal waren, wurden keine weiteren Fokusgruppeninterviews durchgeführt.

### **3.1.7 Transkription und Datenanalyse**

Die Tonaufnahmen wurden anschließend in anonymisierter Form transkribiert (Transkripte in Abschnitt 6.5). Die auf diese Weise erhobenen Daten wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (123) ausgewertet. Dabei wird jede Aussage aus dem zu bearbeitenden Material (hier Interviewtranskripte) einer inhaltlich passenden Kategorie zugeordnet. Auch eine Zuordnung einer Aussage zu mehreren Kategorien ist möglich. Wird für eine Aussage keine passende Kategorie gefunden, so wird eine neue Kategorie angelegt (123). Vorliegend erfolgte die Kategorienbildung kombiniert deduktiv und induktiv. Das bedeutet, es wurden zunächst in der Literatur vorbeschriebene Kategorien zu Problemen bei der Leichenschau (5) verwendet (deduktives Vorgehen) (123). Da die vorbeschriebenen Problemkategorien die Aussagen unserer StudienteilnehmerInnen inhaltlich sowie anteilsmäßig teilweise nicht passend widerspiegeln, wurden die Kategorien teils modifiziert bzw. neu gebildet (induktives Vorgehen) (123). Es wurden Haupt- und Unterkategorien in maximal drei Kategorieebenen erstellt und auch die Häufigkeiten der Aussagen zu den einschlägigen Kategorien erhoben. Zur Vereinfachung und Strukturierung der Datenanalyse wurde die Software MAXQDA® Versionen 2020 und 2022 plus verwendet.

### **3.1.8 Auswertung der Kurzfragebögen**

Die statistische Auswertung wurde mit dem Programm IBM® SPSS® Statistics 26 durchgeführt. Die grafische Darstellung erfolgte mittels Microsoft® Office Excel Version 2201.

## **3.2 Ethikvotum**

Die beiden Studien wurden der Ethikkommission der Heinrich-Heine-Universität zur Prüfung vorgelegt. Beide erhielten positive Voten.

### **3.2.1 Ethikvotum zu Teil I der Studie:**

Originalantrag:

**Studien-ID des Studienregisters des UKD: 2018014583**

**Studennummer der Ethikkommission:** 2018-108-RetroDEuA

**Datum:** 14.08.2018

1. Amendment:

**Studennummer:** 2018-108\_1-RetroDEuA

**Datum:** 30.04.2019

2. Amendment:

**Studennummer:** 2018-108\_2

**Datum:** 31.01.2020

**3.2.2 Ethikvotum zu Teil II der Studie:**

**Studien-ID des Studienregisters des UKD:** 2019055124

**Studennummer der Ethikkommission:** 2019-593-andere Forschung erstvotierend

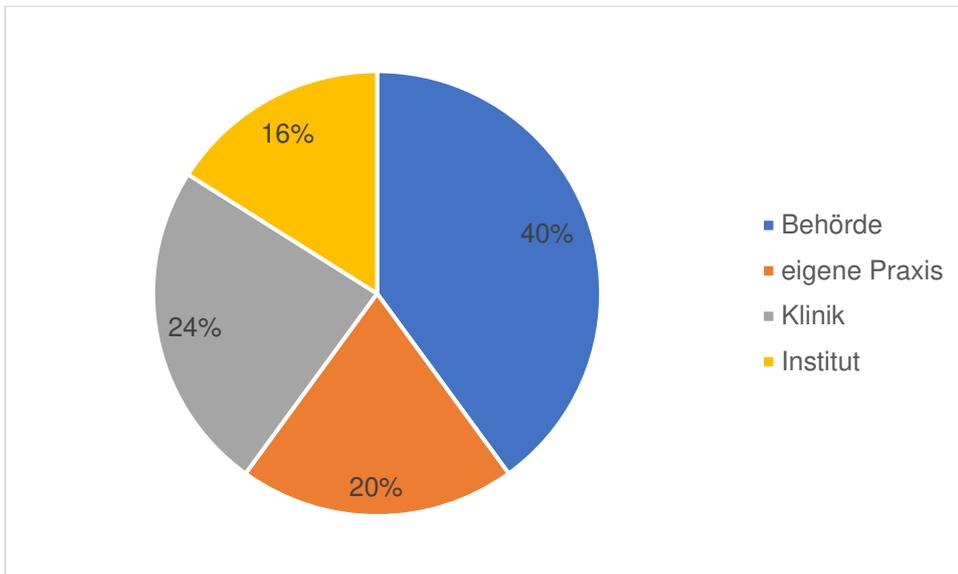
**Datum:** 03.09.2019

## **3.3 Ergebnisse**

### **3.3.1 Angaben der TeilnehmerInnen aus den Kurzfragebögen**

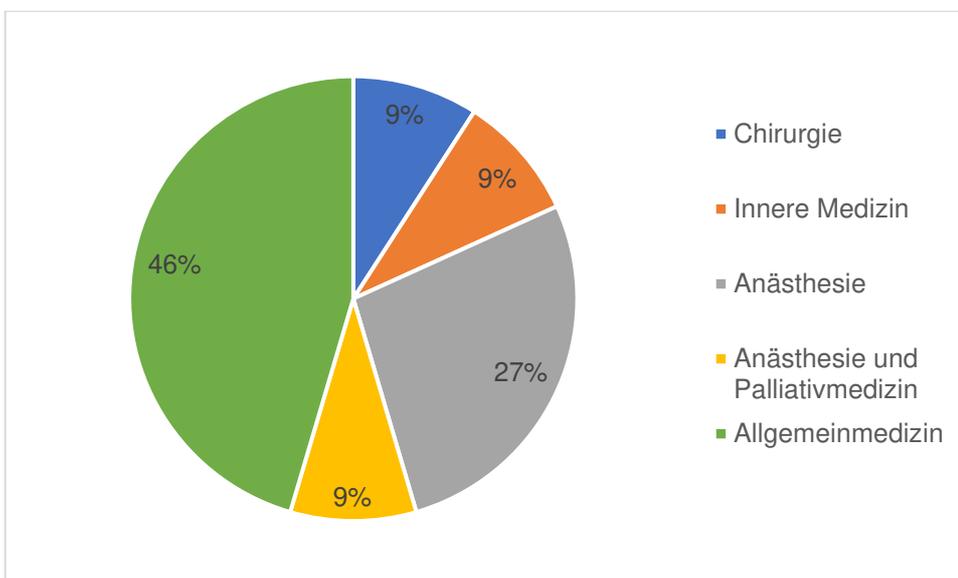
Die im folgenden referierten Daten basieren auf den vor Durchführung der Interviews verteilten Kurzfragebögen und geben einen Überblick über die Eigenschaften der Befragten. Zwei Personen gaben nur unvollständig ausgefüllte Fragebögen zurück.

Die Teilnehmenden waren zu 48 % weiblich und zu 52 % männlich. Das Alter lag im Median bei 43 Jahren (Minimum: 30 Jahre, Maximum: 70 Jahre). Die Dauer der Berufserfahrung im Allgemeinen betrug im Median 14 Jahre (Minimum: 4 Jahre, Maximum: 43 Jahre). In der aktuellen beruflichen Position lag die Berufserfahrung im Median bei 9 Jahren (Minimum: 1 Jahr, Maximum: 38 Jahre). 44 % aller TeilnehmerInnen gaben an, in einer leitenden Position tätig zu sein, 56 % gaben an, keine leitende Position innezuhaben. Die Angaben der Teilnehmenden bezüglich des Arbeitsplatzes ihrer hauptberuflichen Tätigkeit sind in Abb. 2 dargestellt.



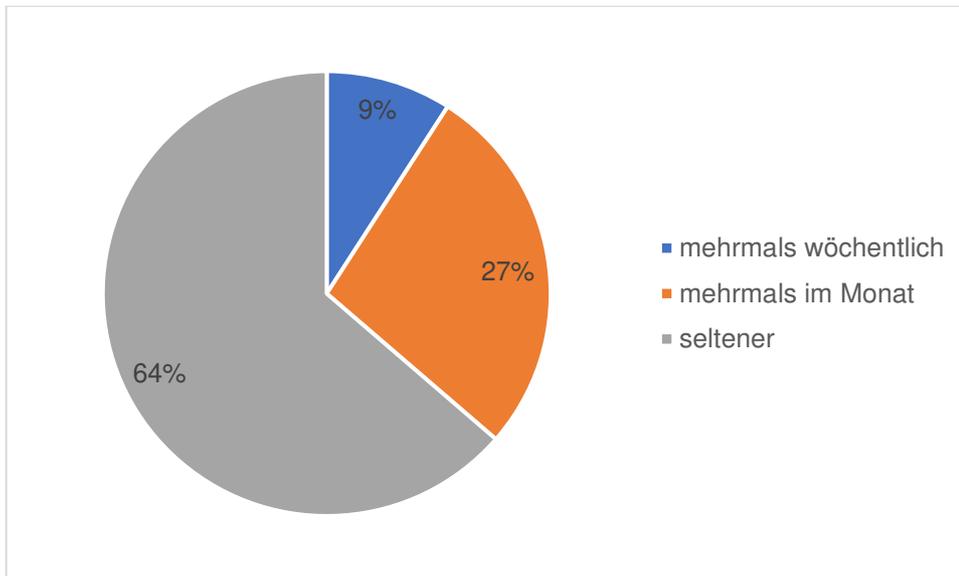
**Abb. 2: Angaben der Teilnehmenden zu ihrem primären Arbeitsplatz (n = 25)**

Die Fachrichtungen der ÄrztInnen, die regelmäßig erste Leichenschauen durchführten (Klinik-, Not- und HausärztInnen), sind in 3 dargestellt.



**Abb. 3: Fachrichtungen der teilnehmenden erstleichenschauenden ÄrztInnen (n = 13)**

Abb. 4 zeigt, wie häufig die erstleichenschauenden ÄrztInnen nach eigener Einschätzung Leichenschauen im Berufsalltag durchführten. Die geschätzte Anzahl der von ihnen pro Jahr selbst durchgeführten Leichenschauen betrug im Median 10 (Minimum: eine Leichenschau, Maximum: 50 Leichenschauen, Hinweis: ÄrztInnen der zweiten Leichenschau wurden hierbei exkludiert).



**Abb. 4: Geschätzte Häufigkeit der Durchführung von ersten Leichenschauen im Berufsalltag (n = 11)**

### **3.3.2 Vorbemerkungen zur Wiedergabe der Ergebnisse des qualitativen Teils der Studie**

Die Kategorienbildung wurde in zwei größere, abstrakte Themenbereiche unterteilt: „Probleme“ und „Lösungsansätze“. Ausgehend davon wurden jeweils vier bzw. fünf Hauptkategorien gebildet, die sich wiederum in Unterkategorien unterteilen ließen. Wurden zu einer dieser Unterkategorien besonders viele Aussagen gemacht, wurden vereinzelt weitere Subkategorien gebildet, sofern sich eine weitere Aufteilung aus den Daten schlüssig ergab. Pro Themenbereich ergaben sich somit maximal drei Kategorieebenen.

Im Folgenden wird zunächst der Themenbereich der Probleme dargestellt und anschließend der Bereich der Lösungsansätze. Zur besseren Verständlichkeit werden die Haupt- und Unterkategorien eingangs übersichtlich in einer Tabelle dargestellt. Sodann wird die Anzahl der Aussagen zu den jeweiligen Unterkategorien in Tabellenform wiedergegeben, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Zahlen lediglich der Veranschaulichung dienen und keine repräsentativen Kennwerte für die Häufigkeit einer bestimmten Meinung in der untersuchten Population darstellen. Die wesentlichen Inhalte der Diskussionen zu den jeweiligen Unterkategorien werden in Freitextform zusammengefasst, wobei besonders markante Aussagen als Zitatbeispiele (sogenannte Ankerzitate) aufgeführt werden.

### 3.3.3 Überblick über die gebildeten Kategorien im Themenbereich „Probleme bei der ärztlichen Leichenschau“

Aus den Aussagen der Teilnehmenden zu Problemen bei der ärztlichen Leichenschau wurden die in Tabelle 2: Kategorien zu Problemen bei der ärztlichen Leichenschau dargestellten Kategorien entwickelt.

Hauptkategorie Probleme (mit Abkürzung) sowie Unterkategorien
<p><b>Strukturelle Probleme (Pr1)</b></p> <p>Fortbildungsbedarf</p> <p>Aufbau der Todesbescheinigung</p> <p>Fehlende Rückkopplung</p>
<p><b>Probleme bei der interdisziplinären Interaktion (Pr2)</b></p> <p>Druck, eine bestimmte Todesart zu bevorzugen</p> <p>Probleme bei der Kontaktaufnahme</p> <p>Grundlegend unterschiedliche fachliche Einstellungen</p>
<p><b>Situative Probleme (Pr3)</b></p> <p>Unbekannter Patient</p> <p>Nichtvorhandensein sicherer Todeszeichen bei soeben erst Verstorbenen</p> <p>Zeitdruck</p> <p>Ungünstige Untersuchungsbedingungen</p>
<p><b>Probleme auf Seiten des Arztes / der Ärztin (Pr4)</b></p> <p>Hemmnisse im Umgang mit Angehörigen</p> <p>Unsicherheit, mangelnde Erfahrung</p> <p>Betroffenheit</p> <p>Gedanken über eigenes Mitverschulden</p> <p>Ekel</p>
<p><b>Geringe Anreize / unattraktive ärztliche Tätigkeit (Pr5)</b></p> <p>Geringes Ansehen der Tätigkeit</p> <p>Hohe Anforderungen</p> <p>Hoher Aufwand</p> <p>Keine Konsequenzen bei Fehlleistungen</p> <p>Unzureichende Honorierung</p>

**Tabelle 2: Kategorien zu Problemen bei der ärztlichen Leichenschau**

### 3.3.4 Kategorie Pr1: Strukturelle Probleme

Dieser Kategorie wurden strukturelle Aspekte zugeordnet, die von den Teilnehmenden kritisiert oder als Störfaktoren bei der Leichenschau beschrieben wurden.

In Tabelle 3 ist die Anzahl der Aussagen zu den Unterkategorien der Kategorie Pr1 dargestellt. In den folgenden Abschnitten werden die wesentlichen Inhalte der Fokusgruppendifkussionen zu den Unterkategorien zusammengefasst.

Unterkategorie	Anzahl der Aussagen
<b>Fortbildungsbedarf</b>	180
allgemein	18
Wissen über rechtliche und strukturelle Rahmenbedingungen	62
Grundkenntnisse zur Durchführung der Leichenschau und zu Thanatologie	58
Weitere Themen, insbesondere Umgang mit Infektionskrankheiten	6
<b>Aufbau der Todesbescheinigung</b>	32
<b>Fehlende Rückkopplung</b>	13

**Tabelle 3: Anzahl der Aussagen zur den Unterkategorien der Kategorie Pr1**

#### 3.3.4.1 Fortbildungsbedarf

Es wurden von allen Berufsgruppen Anmerkungen dazu gemacht, dass bei leichenschauenden ÄrztInnen Wissenslücken bestünden. Die befragten ÄrztInnen berichteten, es bestehe Fortbildungsbedarf, mangle jedoch an Fortbildungsangeboten. Insbesondere die Einarbeitung von BerufsanfängerInnen sei unzureichend. Im Studium werde das Thema zwar inzwischen ausführlich behandelt, allerdings reiche das erworbene Vorwissen oftmals nicht aus, wenn man im späteren Berufsleben keinerlei Anleitung mehr erhalte. Ein / e TeilnehmerIn wies darauf hin, dass andere Fortbildungsthemen für ihn / sie relevanter seien.

*„Im Prinzip, mit der Leichenschau, was nützt das, wenn man im vierten Semester oder im siebten Semester einen intensiven Kurs über Leichenschau macht und trifft irgendwie fünf Jahre später auf die erste Leiche?“ [AM2]*

*„Alles, was ich dazu weiß, ist noch aus dem Studium.“ [KA3]*

*„Aber ich weiß nicht, ob ich auf eine Fortbildung zur Leichenschau freiwillig gehen würde, wenn ich auch zu einer ACLS-Fortbildung gehen kann.“ [NA2]*

Wie aus Tabelle 3 hervorgeht, wurden die Themenfelder „rechtliche und strukturelle Rahmenbedingungen“ und „Grundkenntnisse zur Durchführung der Leichenschau und zu Thanatologie“ besonders häufig genannt.

*„Was passiert überhaupt mit dem Totenschein und welche Konsequenzen hat das eigentlich, was ich dahin schreibe? Hat das überhaupt irgendwelche Konsequenzen?“ [AM2]*

*„Und das sind manchmal Kolleginnen und Kollegen, da (...) die finde ich komisch. Ich weiß nicht, wie ich es anders sagen soll. (...) Also da werden die Hirntode zu Hause festgestellt und nicht im Klinikum.“ [RM1]*

Weitere Aussagen zu Fortbildungsbedarfen bezogen sich in erster Linie auf den Umgang mit übertragbaren Erkrankungen und diesbezüglich zu treffenden Vorsichtsmaßnahmen sowie die diesbezüglichen Angaben in der Todesbescheinigung. Ein Teil der leichenschauenden ÄrztInnen gab an, nicht konkret zu wissen, welche Erkrankungen hier einschlägig seien. Daher würden sie dazu tendieren, Infektionserkrankungen vorsichtshalber großzügig einzutragen. Zudem war mehreren StudienteilnehmerInnen nicht bekannt, dass im nicht vertraulichen Teil des Formulars lediglich Schutzmaßnahmen, nicht jedoch konkrete Diagnosen genannt werden dürfen.

*„(...) es gibt ja noch dieses Feld ‚Hinweise an den Bestatter‘ oder dass der auf irgendetwas achten muss. Und da weiß ich immer nicht so genau, ob man da etwas eintragen muss.“ [NA3]*

### **3.3.4.2 Aufbau der Todesbescheinigung**

Der Aufbau der Todesbescheinigung (hier das Formular aus Nordrhein-Westfalen) wurde von nahezu allen Beteiligten als unübersichtlich beschrieben. Sowohl die Handhabung der zu fertigenden Durchschläge als auch das Vorhandensein zahlreicher Felder zu diversen Spezialfällen würden die Handhabung verkomplizieren.

*„Also grundsätzlich muss man sagen, ich habe, glaube ich, lange gebraucht, bis ich einen Totenschein nicht zweimal ausfüllen musste, weil ich mich auf dem ersten irgendwie verschrieben habe oder das Blatt falsch umgeblättert habe und deshalb falsch durchgeschrieben habe. Die sind ja schon sehr komplex auszufüllen.“ [NA3]*

*„Es gibt viele Felder auf der Todesbescheinigung, die nur für Spezialfälle da sind und nur dann zu beantworten sind, wenn das ein Fall im Krankenhaus war. Die da relativ unsortiert und dicht gedrängt auftauchen (...)“ [RM1]*

Besonders problembehaftet seien die Felder zur Todesursache, die eine möglichst genaue Festlegung der Todesursache mit zeitlichen Angaben forderten, wobei dies oftmals nicht mit hinreichender Sicherheit möglich sei. Dieser Konflikt führe zu Unsicherheiten bei leichenschauenden ÄrztInnen und fördere damit die Eintragung von Endzuständen oder Verlegenheitsdiagnosen.

*„Und da, wo früher eben „Altersschwäche“ stand als Todesursache, (...), da steht jetzt in letzter Zeit immer „Demenz“, auch ohne weitere Erklärung.“ [RM3]*

*Aber das mit dem Ausfüllen (...) also, ich tue mich da auch immer schwer und das ist dann auch schwierig zu sagen: ‚Bitte keine Endzustände wie Atemstillstand.‘ Ja dann (...) schreib ich (...) Zustand nach Infekt oder Pneumonie.  
[AM4]*

### **3.3.4.3 Fehlende Rückkopplung**

Von einigen Teilnehmenden wurde bemängelt, dass es keinen automatischen Rückkopplungsmechanismus gebe. Wenn man eine Todesbescheinigung ausgefüllt habe, erhalte man in der Regel keinerlei Rückmeldung dazu, sodass auch kein Lerneffekt eintreten könne. Ihnen sei zum Teil auch gar nicht bekannt, an welchen Stellen die Todesbescheinigung im Nachgang in Augenschein genommen werde.

*„Aber wie bei allen Lernschleifen in unserem (...) schlecht im Umgang mit Fehlern trainierten System, wäre es dann eben als Lernschleife zu etablieren. Aber das haben wir ja an keiner einzigen Stelle unserer Fort- und Weiterbildungskultur.“ [AM1]*

Die VertreterInnen aus Rechtsmedizin, Gesundheitsamt und Ermittlungsbehörden berichteten, erstleichenschauende Ärzte seien tatsächlich oftmals aufgeschlossen gegenüber Feedback und interessiert an Ermittlungs- und Obduktionsergebnissen.

*„Man hat ja manchmal sehr unangenehme Reaktionen. Aber ich finde auch oft von den jungen Leuten, dass die sich über das Feedback freuen.“ [AA1]*

### **3.3.5 Kategorie Pr2: Probleme bei der interdisziplinären Interaktion**

Dieser Kategorie wurden Aussagen zu Problemen zugeordnet, die hinsichtlich der Interaktion zwischen verschiedenen medizinischen Disziplinen, insbesondere aber auch zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen, geschildert wurden.

Tabelle 4 zeigt die Anzahl der Aussagen zu den jeweiligen Unterkategorien.

Unterkategorie	Anzahl der Aussagen
<b>Druck eine bestimmte Todesart zu bevorzugen</b>	53
Vorgabe, einen unklaren oder nicht natürlichen Tod zu bescheinigen	28
Druck, einen natürlichen Tod zu bescheinigen	25
<b>Probleme bei der Kontaktaufnahme</b>	33
<b>Grundlegend unterschiedliche fachliche Einstellungen</b>	32

**Tabelle 4: Anzahl der Aussagen zu Problemen bei der interdisziplinären Interaktion**

### 3.3.5.1 Druck eine bestimmte Todesart zu bevorzugen

Es wurden zahlreiche Aussagen dahingehend gemacht, dass Druck auf ÄrztInnen ausgeübt werde, eine bestimmte Todesart zu bevorzugen. Ein Teil der teilnehmenden ÄrztInnen gab an, von Seiten der Ermittlungsbehörden unter Druck gesetzt zu werden, eine natürliche Todesart zu bevorzugen.

*„Sagen wir mal so, ich diskutiere sehr viel am Telefon. [Darüber] wo ich mein Kreuz setze.“ [KA3]*

*„Also der ungeklärte Tod, den habe ich eben im ärztlichen Notdienst ein paar Mal schon angekreuzt. Hat jedes Mal zu Rückrufen der Polizei geführt. In meinem Fall gab es keinen einzigen Fall, wo nicht das Ansinnen an mich herangetragen wurde, davon doch mal Abstand zu nehmen.“ [AM1]*

Andererseits wurde berichtet, es gebe in Krankenhäusern wie auch im Notarzdienst oftmals konkrete Vorgaben von Vorgesetzten bzw. der Klinikleitung, eine ungeklärte Todesart zu bescheinigen. Dieses Phänomen wurde von KlinikärztInnen sowie NotärztInnen beschrieben. Insbesondere auch die befragten KriminalpolizistInnen berichteten von einem derartigen Trend.

*„Und im Grunde ist es ja eine juristische Absicherung des Krankenhauses, dass wir hier keine Kurpfuscher sind, dass wir keine OP-Komplikationen vertuschen wollen. Allein deshalb war es der Klinik wichtig, dass ganz offiziell jeder dieser Patienten vorgestellt wird bei der Staatsanwaltschaft. Und das hat natürlich dazu geführt, dass bestimmt 98% meiner Toten auf der Intensivstation bei uns als ungeklärt und mit Kripo gelaufen sind.“ [KA2]*

*„Und ich habe mit Ärzten gesprochen, die gesagt haben: „Ja, ich sehe das auch als natürliche Todesart an, aber ich bin angehalten worden, da eine ungeklärte Todesart zu bescheinigen.“ [KP1]*

### **3.3.5.2 Probleme bei der Kontaktaufnahme**

VertreterInnen derjenigen Berufsdisziplinen, die erst sekundär, mit Sterbefällen betraut sind (Kriminalpolizei, Staatsanwaltschaft, Zweitleichenschauende), berichteten von erheblichen Kommunikationsschwierigkeiten bei Nachfragen im Rahmen der zweiten Leichenschau bzw. bei der Ermittlungsarbeit. Zum einen sei es - besonders in Kliniken – schwierig, den richtigen Gesprächspartner zu erreichen. Zum anderen seien nicht alle Ärztinnen und Ärzte bereit, Auskunft zu geben.

*„Ich finde, was häufig vorkommt ist, dass wenn wir dann halt kommen, um das Verfahren zu betreiben und die Sachen aufzunehmen, gar kein Ansprechpartner mehr da ist, der uns was sagen kann. Sondern vielleicht hat die Belegschaft schon wieder gewechselt oder derjenige, der den Tod bescheinigt hat, ist ganz anders wieder gebunden. Dann kommt ein Dritter hinzu, der auch nur aus der Krankenakte vortragen kann, wenn er sie denn dabei hat oder nur rudimentär etwas sagen kann. Also es (...) kommt schon vor, dass da der Informationsfluss echt schlecht ist.“ [KP1]*

*„Das kommt dann letztendlich ganz individuell auf den Arzt (...) an, wie kommunikativ der ist und wie viel Lust der überhaupt hat, in so einem Todesermittlungsverfahren mitzuarbeiten. Da sind die Ärzte auch ganz unterschiedlich drauf.“ [ST2]*

### **3.3.5.3 Grundlegend unterschiedliche fachliche Einstellungen**

Den Aussagen einiger Teilnehmender wurde entnommen, dass je nach Berufsdisziplin grundlegend unterschiedliche fachliche Ansichten bestünden, insbesondere in Bezug darauf, in welchen Fällen welche Todesart zu bescheinigen sei.

*„Das erlebt man (...) gar nicht so selten, dass die Polizisten sich in ihren Abschlussvermerken darüber auslassen, dass hier ein Arzt wieder völlig überflüssiger Weise eine ungeklärte Todesursache bescheinigt hat, wo doch jedem hätte klar sein müssen, dass das so natürlich ist, wie es nur eben sein kann, dieser Todesfall.“ [ST2]*

*„Es gibt auch Rechtsmediziner, die die Meinung vertreten, wenn Personen im Krankenhaus versterben, kann das eigentlich kein natürlicher Tod sein, weil ja*

*immer irgendjemand, auch ein Mediziner, auf diesen Menschen eingewirkt hat. Der Meinung bin ich nicht, aber wenn es diese Personen gibt, die diese Meinung vertreten, kann das natürlich auch ein Grund sein, dass vielleicht auch so etwas in der Lehre vertreten wird und sich dadurch natürlich auch die Einstellungen in den Krankenhäusern bei den Krankenhausärzten und auch im Qualitätsmanagement eines Krankenhauses ändern können.“ [KP2]*

Solche Meinungsverschiedenheiten seien auch zwischen verschiedenen medizinischen Fachbereichen zu beobachten.

*„Wir haben auch schon eine Fortbildung dazu in der Klinik gemacht, wie der Totenschein auszufüllen ist. Und dann gab es eine riesige Diskussion, wo selbst die Chefärzte mancher Abteilungen dagegen protestiert haben und es nicht eingesehen haben, dass das die richtige Art und Weise ist, bei diesen und jenen Eingriffen, das so auszufüllen. Weil sie dann gesagt haben: ‚Dann müsste ich ja ständig unnatürlich oder ungeklärt ausfüllen.‘ Und dann sagt man: ‚Ja, genau.‘ Aber das wollten sie nicht.“ [KM3]*

### **3.3.6 Kategorie Pr3: Situative Probleme**

In die Kategorie „situative Probleme“ wurden Aussagen zu Schwierigkeiten insbesondere praktischer Natur einsortiert, die sich nur in bestimmten Situationen ergeben.

Tabelle 5 gibt einen Überblick über die Anzahl der Aussagen zu situativen Problemen.

Unterkategorie	Anzahl der Aussagen
<b>Unbekannter Patient</b>	38
<b>Nichtvorhandensein sicherer Todeszeichen bei soeben erst Verstorbenen</b>	22
<b>Zeitdruck</b>	19
<b>Ungünstige Untersuchungsbedingungen</b>	17

**Tabelle 5: Anzahl der Aussagen zu situativen Problemen**

#### **3.3.6.1 Unbekannter Patient**

Probleme beim Ausfüllen der Todesbescheinigung ergäben sich insbesondere dann, wenn man die Leichenschau bei einer dem Arzt oder der Ärztin völlig unbekanntem verstorbenen Person durchführen müsse. In dieser Situation müsse man sich auf die Informationen anderer verlassen, ohne diese überprüfen zu können.

*Ich finde, bei Fremden ist es tatsächlich wirklich sehr schwer, wenn man keine guten Angaben kriegt. [AM2]*

*„Also, was soll ich dahin schreiben? Wenn ich den am Bahnübergang aufgehängt finde, dann weiß ich ja gar nichts von dem. Im Zweifel noch nicht mal die Identität.“ [NA3]*

### **3.3.6.2 Nichtvorhandensein sicherer Todeszeichen bei soeben erst Verstorbenen**

Von vielen Teilnehmenden wurde es als problematisch empfunden, frisch Verstorbene zu untersuchen, die noch keine oder nur sehr dezent ausgeprägte sichere Todeszeichen aufweisen. Hierdurch ergebe sich das Problem, dass der Tod (noch) nicht sicher feststellbar sei, was dazu führe, dass man (bei Personen ohne Reanimationspflicht) abwarten müsse bis sichere Todeszeichen zu erkennen seien. Es wurden verschiedene Herangehensweisen geschildert, dieses Problem zu umgehen, wie beispielsweise ein Hinauszögern der übrigen vor Ort zu erledigenden Tätigkeiten bis zum deutlicheren Hervortreten der Todeszeichen oder das Verschieben der Leichenschau auf einen späteren Zeitpunkt. Eine erneute Leichenschau nach einigen Stunden sei vor allem in Krankenhäusern oft gängige Praxis. Teilweise war sogar irrtümlich die Ansicht verbreitet, eine erneute Prüfung nach einigen Stunden sei gesetzlich vorgeschrieben.

*„Umgekehrt ist es auch ein Problem, wenn ich zu schnell bin. Also heute Morgen waren wir sehr früh bei einem Patienten, der gerade (...) verstorben ist. Da sind dann noch keine sicheren Todeszeichen natürlich in dem Moment da.“ [KA2]*

*„Oder meinen die damit die erneute Prüfung nach zwei Stunden, so wie es im Totenschein auch steht?“ [NA1]*

*„Ist trotzdem immer recht schwierig. (...) also im Grunde ist meine Taktik auch zu warten, bis sichere Todeszeichen da sind. Manchmal wirst du natürlich weggerufen. Für den Fall (...) schreibe ich eine vorläufige Todesbescheinigung in der Regel und warte bis zum Schluss, bevor ich dann die Totenflecken ankreuze.“ [NA2]*

### 3.3.6.3 Zeitdruck

Der Faktor Zeitdruck wurde von ÄrztInnen der zweiten Leichenschau sowie VertreterInnen von Staatsanwaltschaft und Kriminalpolizei als relevantes Problem der ärztlichen Leichenschau eingeschätzt.

*„Weil der Klinikalltag stressig ist. Aber gerade so als Arzt und auch wenn man den Totenschein ausfüllt; das was man ausfüllt, ist dokumentiert. Und falls es zu Konsequenzen kommt, kriegt man auch Probleme. Und deshalb mache ich das sehr gewissenhaft und nehme mir dafür die Zeit. Also nicht zwischen Tür und Angel.“ [KA1]*

*„Und dann kommt es zu Unzeiten mitten in der Nacht, wenn man eigentlich drei Patienten hat, die irgendwie dekompensieren. Und dann kommt halt vielleicht nicht so ein tolles Produkt dabei heraus.“ [RM1]*

Hingegen schilderte die Mehrzahl der erstleichenschauenden ÄrztInnen, sich in der Regel für eine Leichenschau ausreichend Zeit nehmen zu können, z. B., indem diese auf einen Zeitpunkt nach Erledigung dringenderer Aufgaben verschoben werde.

*Richtigen Zeitdruck bei der Leichenschau selbst, würde ich auch behaupten, habe ich nicht. [AM2]*

### 3.3.6.4 Ungünstige Untersuchungsbedingungen

Als weitere situative Aspekte gaben die befragten ÄrztInnen praktische Probleme an, wie die Durchführung der Leichenschau bei adipösen Verstorbenen oder bei ungünstigen räumlichen Bedingungen (z. B. sogenannte „Messiwohnungen“). Hierbei handele es sich jedoch lediglich um Einzelfälle.

*„Aber man braucht de facto schon eigentlich jemanden zur Hilfe. Also, wenn man das dann alleine machen möchte, dann kriegt man die Patienten ja gar nicht so gelagert, dass man sich alles anschauen kann.“ [KA3]*

*„Da geht kein Weg dran vorbei, wenn die Leute noch so viel Kleidung anhaben, das muss alles runter. Das hat alles keinen Zweck.“ [AM5]*

### 3.3.7 Kategorie Pr4: Probleme auf Seiten des Arztes / der Ärztin

In diese Kategorie wurden Aussagen zu persönlichen Einstellungen und Gefühlen eingeordnet, die das ärztliche Denken und Handeln bei der Leichenschau beeinflussen.

Die Anzahl der Aussagen zu den Unterkategorien ist in Tabelle 6 dargestellt.

Unterkategorie	Anzahl der Aussagen
<b>Hemmnisse im Umgang mit Angehörigen</b>	44
<b>Unsicherheit, mangelnde Erfahrung</b>	25
<b>Betroffenheit</b>	24
<b>Gedanken über eigenes Mitverschulden</b>	20
<b>Ekel</b>	17

**Tabelle 6: Anzahl der Aussagen zu Problemen auf Seiten des Arztes / der Ärztin**

### 3.3.7.1 Hemmnisse im Umgang mit Angehörigen

Die Teilnehmenden berichteten, sie hätten regelmäßig unangenehme Gefühle im Kontakt mit Angehörigen. Insbesondere sei es für einige Teilnehmenden problematisch, die Leichenschau den trauernden Angehörigen in Rechnung stellen zu müssen.

*„Ich (...) musste dann den Angehörigen mitteilen, dass die Mutter verstorben ist. (...) Ich habe mich da sehr schuldig gefühlt, obwohl ich gar nichts für die Situation konnte.“ [KA1]*

*„(...) ich komm zu der Leichenschau und sage zum Schluss, wenn ich gehe: ‚Das tut mir total leid, aber irgendwie werden Sie demnächst nochmal eine Rechnung kriegen. Ich muss Ihnen das in Rechnung stellen.‘ Das ist mega unangenehm.“ [KA2]*

Zudem gaben die ÄrztInnen an, sie fühlten sich in Anwesenheit von Angehörigen manchmal gehemmt, die Untersuchung des Leichnams vollständig durchzuführen.

*„Und dann finde ich es auch manchmal etwas schwieriger, wenn da irgendjemand heulend neben einem steht, das in der Gründlichkeit zu machen (...).“ [KA2]*

Andere schilderten, keinerlei Probleme im Umgang mit Angehörigen zu haben.

*„(...) dann sag ich den Angehörigen: ‚Ich muss jetzt Ihren Vater, Mann oder was weiß ich, untersuchen. Möchten Sie dabeibleiben oder lieber rausgehen?‘ Und wenn die dann rausgehen wollen, ist es okay. Wenn sie dabeibleiben wollen, ist es halt auch okay.“ [AM2]*

### **3.3.7.2 Unsicherheit / mangelnde Erfahrung**

Sowohl erstleischenschauende ÄrztInnen als auch die übrigen Disziplinen schätzen Unsicherheit als relevanten Faktor ein, der die Qualität der Leichenschau beeinträchtigt. Ursächlich hierfür sei oftmals fehlende Routine.

*„Ich glaube einfach fehlende Routine. Und dass man sich in dem Bereich, wenn man nicht gerade Rechtsmediziner ist, grundsätzlich eher unsicher fühlt.“ [NA3]*

*„Den Eindruck, den man schon gewinnt, ist, dass gerade auch junge Ärzte oft aus Unsicherheit nicht wissen, was sie da ankreuzen sollen.“ [ST1]*

### **3.3.7.3 Betroffenheit**

Eine persönliche Betroffenheit in Anbetracht des Versterbens eines Patienten komme aus Sicht der Befragten besonders dann vor, wenn der Patient gut bekannt sei, es sich um eine junge Person handele oder die Trauerreaktion der Angehörigen stark sei.

*„Ob das jetzt der 50-Jährige ist oder nicht. Ob es der 95-Jährige ist, der sozusagen, sein Leben gelebt hat. Das spielt für mich schon irgendwie eine Rolle beim Ausfüllen des Scheins (...).“ [NA1]*

*„Ich habe auch manchmal Tränen in den Augen in dem Moment, wo man da steht. Aber ich denke mir, das ist ja auch gut, dass uns das berührt.“ [KA1]*

### **3.3.7.4 Gedanken über eigenes Mitverschulden des Todes**

Die Teilnehmenden wurden gefragt, ob es vorkomme, dass sie sich selbst Vorwürfe angesichts des Todes eines Patienten machten. Dies sei jedoch eher selten der Fall.

*„Manchmal fragt man sich zumindest, ob man was hätte, anders machen können oder sollen. Selten. Gott sei Dank.“ [KA3]*

### **3.3.7.5 „Ekel“**

Auf die gezielte Nachfrage, ob „Ekel“ vor Leichen ein relevantes Thema darstelle, gaben die teilnehmenden Ärzte an, lediglich in speziellen Situationen Ekel zu empfinden, etwa bei fortgeschrittenen Fäulnisveränderungen. Der Umgang mit einem frischen Leichnam rufe bei ihnen nicht mehr Ekel hervor als andere ärztliche Tätigkeiten.

*„Da hat man dann eigentlich wenig Hemmungen (...).“ [NA1]*

*„Also da gibt es Dinge, die ich ekeliger finde.“ [NA3]*

*„(...) da habe ich mich so geekelt. Ich konnte den auch nicht anfassen. Sobald wir den anfassten, platzte die ganze Haut auf und es roch (...), dass ich das Gefühl hatte, ich ersticke in diesem Raum.“ [AA4]*

Allerdings sei der Grundkontext der Tätigkeit Leichenschau eher negativ assoziiert. Es handele sich um ein Thema, mit dem man sich nicht gerne beschäftige.

*„Also ich glaube, Ekel ist nicht das richtige Wort, aber wirklich einfach so eine unschöne Gesamtsituation, wo man einfach nicht gerne ist, was ja einem dann auch so leidtut (...)" [KA2]*

### **3.3.8 Kategorie Pr5: Geringe Anreize / unattraktive Tätigkeit**

Von den Teilnehmern wurden viele Aussagen dahingehend gemacht, dass die Leichenschau eine vergleichsweise wenig attraktive ärztliche Tätigkeit darstellt, mit hohen Anforderungen bzw. Arbeitsaufwand einerseits bei geringen positiven Anreizen andererseits.

Die Anzahl der Aussagen zu den jeweiligen Unterkategorien ist in Tabelle 7 dargestellt.

Unterkategorie	Anzahl der Aussagen
<b>Geringes Ansehen der Tätigkeit</b>	39
<b>Hohe Anforderungen</b>	38
<b>Hoher Aufwand</b>	14
<b>Keine Konsequenzen bei Fehlleistungen</b>	10
<b>Unzureichende Honorierung</b>	6

**Tabelle 7: Anzahl der Aussagen zur Kategorie "Geringe Anreize / unattraktive Tätigkeit"**

#### **3.3.8.1 Geringes Ansehen der Tätigkeit**

Den Aussagen der Teilnehmenden konnte entnommen werden, dass der Tätigkeit Leichenschau im Allgemeinen ein eher geringes Ansehen zufällt. Diese wird oftmals als weniger wichtig als andere, insbesondere kurative ärztliche Aufgaben betrachtet.

*„Wenn ich die Leichenschau nicht hundertprozentig richtig mache, so ändert es ja nichts am Gesamtergebnis. Der ist tot.“ [NA1]*

*„Man geht da jetzt nicht mit so einem krassen Erfolg raus (...) es ist jetzt nicht so, als wenn man invasiv irgendwie tätig ist und (...) sagt: ‚Okay, man hat jetzt das und das gemacht und der lebt noch 30 Jahre.‘ Also das ist schon zu differenzieren.“ [KA1]*

Andererseits wurde von vielen Teilnehmenden anerkannt, dass es sich um eine klassische ärztliche Tätigkeit handele, die auch im Sinne eines „letzten Dienstes am Patienten“ verstanden werden müsse.

*„Es ist eine originär ärztliche Tätigkeit, also die Leichenschau muss ja ärztlich durchgeführt werden.“ [NA2]*

### **3.3.8.2 Hohe Anforderungen**

Das Erkennen sowie die korrekte Wiedergabe der Todesursachenkaskade in der Todesbescheinigung wurden von den Teilnehmenden als anspruchsvolle Aufgaben wahrgenommen. Teilweise sei es – gerade bei multimorbiden PatientInnen - gar nicht möglich, eine konkrete Todesursache zu benennen.

*„Krankenhausfälle sind ja häufig auch mal sehr komplexe Fälle, womöglich mit ganz langen Verläufen. Und das kann dann für die Kollegen dann einfach mal schwierig sein, das vernünftig darzustellen in so einem Totenschein. Da sind dann natürlich viele Möglichkeiten da, Unklarheiten oder Missverständnisse zu schaffen.“ [RM1]*

*„Ich finde das echt schwierig. Ich habe manchmal das Gefühl, ich habe mir richtig was ausgedacht.“ [AM2]*

*„(...) ich versuche das dann auch so ähnlich, wie Sie das auch machen, dann in so einer Kette zu begründen. Und dann habe ich dann entsprechend eine Latte von Vorerkrankungen. Das ist sicherlich schwierig, was das Ausfüllen angeht.“ [AM4]*

### **3.3.8.3 Hoher Aufwand**

Die Leichenschau bedeute für ÄrztInnen häufig einen erheblichen Arbeitsaufwand, beispielsweise wenn Informationen zu einem verstorbenen Patienten zusammengetragen werden müssten.

*„Aber (...) sich irgendwie alte Arztbriefe von irgendwelchen nachtdiensthabenden Altenpflegerinnen (...) bringen zu lassen, die kaum den Namen kennen von demjenigen oder was weiß ich. (...) das finde ich, ist eigentlich die wirklich aufwändige Angelegenheit.“ [AM5]*

Gerade im niedergelassenen Bereich sei oft allein das Aufsuchen des Sterbe- bzw. Fundortes aufwändig.

*„(...) das hat mich jetzt in Summe Samstagmorgen über drei Stunden gekostet, weil ich bis zum Flughafen fahren musste und zurück. Und dann ist man da vor Ort. Das ist ärztliche Arbeitszeit mitten in der Nacht, an einem Wochenende, drei Stunden.“ [KA2]*

#### **3.3.8.4 Keine Konsequenzen bei Fehlleistungen**

Von nahezu allen teilnehmenden Berufsdisziplinen wurde wahrgenommen, dass bei Fehlern bzw. mangelnder Sorgfalt im Rahmen von Leichenschauen in der Praxis nur geringe bzw. keine Sanktionen drohten. Ein Anreiz, es „richtig zu machen“, falle damit weg.

*„Aber uns kann man dann im Prinzip juristisch auch nicht an den Karren fahren.“ [AM5]*

*„Es passiert nichts, wenn man es nicht macht, außer am ärztlichen Selbstverständnis.“ [AA5]*

#### **3.3.8.5 Unzureichende Honorierung**

Einig waren sich die Teilnehmenden darin, dass der zu leistende Aufwand zumindest bis zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte im Januar 2020 nicht ausreichend vergütet worden sei.

*„Sicherlich ist es auch die, würde ich schon sagen, die sittenwidrige völlige Nichtanerkennung ärztlicher Leistung.“ [AM4]*

*„Früher waren es ja, weiß nicht, zwischen 30 und 40 Euro so pauschal, die man gekriegt hat, die ja auch absolut in keinem Verhältnis stehen.“ [KA2]*

#### **3.3.9 Überblick über die gebildeten Kategorien zu Lösungsansätzen**

Tabelle 8 gibt einen Überblick über die gebildeten Kategorien zu Lösungsansätzen.

Hauptkategorie Lösungsansätze (mit Abkürzung) sowie Unterkategorien
<p><b>Mehr Anleitung / Fortbildung (Lg1)</b></p> <p>Fallkatalog / App</p> <p>Ausweitung von Fortbildungsangeboten</p> <p>Etablierung klinikinterner Systeme</p> <p>Hotline</p>
<p><b>Anreize schaffen (Lg2)</b></p> <p>Vergütung</p> <p>Mehr Rückkopplung</p> <p>Ansehen steigern</p>
<p><b>Prozedere vereinfachen (Lg3)</b></p> <p>Änderung der Todesbescheinigung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Digitalisierung</li> <li>- Übersichtlichkeit / Bessere Strukturierung</li> <li>- Betonung der Epikrise</li> </ul> <p>Engere interdisziplinäre Zusammenarbeit</p>
<p><b>Aufgabe delegieren (Lg4)</b></p> <p>Modell der qualifizierten Leichenschau</p> <p>Ausweitung des Anwendungsbereichs der zweiten Leichenschau</p>

**Tabelle 8: Kategorien zu möglichen Lösungsansätzen**

### 3.3.10 Kategorie Lg1: Mehr Anleitung / Fortbildung

Aussagen, die Stellung dazu nahmen, ob Fortbildungen bzw. mehr Anleitung bei der Leichenschau diese vereinfachen und die Qualität erhöhen könnten, wurden dieser Kategorie zugewiesen.

In Tabelle 9 findet sich ein Überblick über die Anzahl der Aussagen zu den jeweiligen Unterkategorien.

Unterkategorie	Anzahl der Aussagen
<b>Fallkatalog / App</b>	40
<b>Ausweitung von Fortbildungsangeboten</b>	31
<b>Etablierung klinikinterner Systeme</b>	15
<b>Hotline</b>	5

**Tabelle 9: Anzahl der Aussagen zu Fortbildungen / mehr Anleitung als Lösungsansatz**

### 3.3.10.1 Fallkatalog / App

Vielfach diskutiert wurde die Möglichkeit, einen Katalog zu erstellen, der ÄrztInnen eine Hilfestellung bei der Einordnung von Fällen als natürlicher, nicht natürlicher oder ungeklärter Tod bieten könnte, mit klassischen Konstellationen und Beispielfällen als Orientierungshilfe. Viele Teilnehmende sahen diese Option kritisch. Betont wurde, dass jeder Sterbefall individuell zu betrachten und bei Verwendung eines solchen Katalogs die Gefahr voreiliger Schlüsse gegeben sei.

*„Das Problem an diesen Beispielfallkatalogen ist immer das, dass das natürlich dazu verleitet, die als abschließend zu betrachten und dann Dinge nicht so richtig darein quetschen zu können und zu denken: ‚Dann wird das wohl nicht so von Relevanz sein.‘“ [ST1]*

*„Ich finde auch, dass so etwas nicht zu weit greifen darf. Weil es immer noch gewährleistet sein muss, dass jeder Fall für sich mit medizinischem Sachverstand beurteilt wird.“ [RM1]*

Aus dem Grundgedanken des Fallkatalogs entwickelten die Teilnehmenden spontan die Idee einer App, die leichenschauenden ÄrztInnen eine Hilfestellung bieten könnte, z. B. in Form von Erklärungen und Handlungsanweisungen bei Vorliegen bestimmter Spezialbefunde (etwa Petechien). Diese Idee wurde von nahezu allen Teilnehmenden als sehr positiv bewertet.

*„Aber vielleicht könnte man digital, also in Form einer App beispielsweise für das Smartphone den Ärzten Hilfestellungen anbieten für die Leichenschau. Also: ‚Auf was muss ich achten? Bei welchen Befunden muss ich hellhörig werden? Wo kann ich mich hinwenden, wenn ich Nachfragen habe?‘ Das wäre ein Lösungsansatz.“ [RM2]*

*„So eine Checkliste, so eine App-Checkliste, die man als Notarzt ja dann doch immer dabei hat, auch wenn es auf dem privaten Handy ist, das würde es sicherlich einfacher machen, auch im Klinikalltag.“ [NA3]*

### **3.3.10.2 Ausweitung von Fortbildungsangeboten**

Die Ausweitung von Fortbildungsangeboten wurde insgesamt als sehr vielversprechende Optimierungsmöglichkeit eingestuft.

*„Anleitung für die Klinikärzte vor allen Dingen. Dass sie wissen, was sie da tun. Dass sie aufgeklärt werden, dass sie geschult werden, dass sie sich mit dem Thema überhaupt auseinandersetzen, nicht ins kalte Wasser geworfen werden oder learning by doing machen.“ [AA2]*

*„Ich denke durch Fortbildungen, durch Wissenstransfer: Was bedeutet so ein Todesermittlungsverfahren? Was ist natürliche Todesart? Was ist eine ungeklärte Todesart? Und je mehr man weiß, umso eher traut man sich auch, das zu machen.“ [KP1]*

*„Ich kann das daran belegen, dass wir in unserem Zuständigkeitsbereich mindestens einmal im Jahr [...] Beschulungsmaßnahmen durchführen, was das Ausfüllen von Todesbescheinigungen betrifft. Das machen wir mit drei Personen, und zwar einem Vertreter bzw. dem Leiter des Gesundheitsamtes, einem Rechtsmediziner und einem Kriminalbeamten [...] Diese Beschulungsmaßnahmen werden von den Ärzten in den Krankenhäusern sehr gerne angenommen.“ [KP2]*

Es wurde jedoch angemerkt, dass diese Angebote niederschwellig erreichbar und mit geringem Zeitaufwand verbunden sein müssten, weil andernfalls andere Fortbildungsthemen vorgezogen würden.

*„Es gibt so viele Fortbildungen, die man machen müsste. Ich weiß nicht, ob das die wichtigste ist.“ [NA2]*

### **3.3.10.3 Etablierung klinikinterner Systeme**

Als eine Option für niederschwellige Fortbildungssysteme wurde die Etablierung klinikinterner Systeme genannt.

*„Aber an dieser Stelle wäre es doch gar nicht verkehrt, dass es irgendeinen aus dem Leitungsteam gibt, der sich zu dem Thema Rechtsmedizin entsprechend fortzubilden hat und der auch sozusagen für die Assistenzärzte, aber auch leitungsintern, sage ich mal, als Oberarzt Schulungen durchführt.“ [KA1]*

### 3.3.10.4 Hotline

Vereinzelt wurde die Möglichkeit einer Leichenschau-Hotline diskutiert, an die sich leichenschauende Ärzte bei Fragen wenden könnten. Allerdings wurde kritisch angemerkt, dies löse nicht die grundsätzliche Problematik einer mangelnden Qualität der Leichenschau, sondern könne nur in einzelnen Spezialfällen eine Hilfestellung bieten.

*„Aber ich meine, das wäre ja dann etwas für so Spezialfragen. Das sollte jetzt nicht irgendwie so die alltägliche Standardleichenschau ausstatten, sondern nur, wenn es da irgendwelche Spezialsachen halt gibt.“ [NA3]*

### 3.3.11 Kategorie Lg2: Anreize schaffen

Kategorie Lg2 umfasste solche Aussagen, die auf das Setzen von Anreizen für ÄrztInnen abzielten, um die Attraktivität der Tätigkeit zu erhöhen.

Die Anzahl der Aussagen zu den jeweiligen Unterkategorien geht aus Tabelle 10 hervor.

Unterkategorie	Anzahl der Aussagen
<b>Vergütung</b>	28
<b>Mehr Rückkopplung</b>	28
<b>Ansehen steigern</b>	9

**Tabelle 10: Anzahl der Aussagen zu der Kategorie "Anreize schaffen"**

#### 3.3.11.1 Vergütung

Die im Januar 2020 in Kraft getretene Erhöhung des Honorars der Leichenschau sahen die leichenschauenden ÄrztInnen als wichtige und angemessene Maßnahme an. Einen erfolgsversprechenden Lösungsansatz zur Steigerung der Qualität der Leichenschau sahen sie darin allerdings nicht zwangsläufig, sondern zogen allenfalls indirekte Effekte auf die Qualität der Leichenschau in Betracht.

*„Aber wenn ich dann weiß, dass meine Arbeit wertgeschätzt wird, dann führt es auch zu einem, ja wie soll man sagen, zu einem befriedigenden Gefühl natürlich.“ [AM4]*

*Also mit Verlaub: Die Arbeit, die wir leisten, wird dann endlich wertgeschätzt oder zumindest ansatzweise wertgeschätzt. [AM4]*

*„Ich denke auch tatsächlich, jemand, der jetzt aktuell nicht so viel Zeit rein investiert, der wird sich noch eher denken: ‚Ja, wunderbar. Kriege ich noch mehr Geld*

*für wenig Zeitaufwand‘ im Zweifelsfall. Ich glaube nicht, dass eine höhere Vergütung unbedingt das besser macht.“ [KA3]*

*„Ich glaube, dass die Qualität der Leichenschau (...) relativ unabhängig ist von der Honorierung.“ [AM4]*

Dies stand im Kontrast zu den Aussagen der nachgeschaltet agierenden Disziplinen, die eine Verbesserung der Qualität durch diese Änderung durchaus für realistisch hielten.

*„Da sind wir beim Thema Geld, was im Zweifelsfall ein ganz starkes Argument ist.“ [AA5]*

### **3.3.11.2 Mehr Rückkopplung**

Die teilnehmenden ÄrztInnen gaben an, dass sie Rückkopplungen zu ihren Todesbescheinigungen als motivierend und lehrreich empfinden würden. Dies könne einen positiven Anreiz setzen und die grundsätzliche Motivation der Ärzteschaft erhöhen, die Leichenschau ordnungsgemäß durchzuführen.

*„Also ich fände es auch wünschenswert, wenn man per se eine Rückmeldung bekäme.“ [KA2]*

*„Aber es würde mich tatsächlich mal interessieren, was derjenige, der den Totenschein, den ich ausgefüllt habe, liest, dazu denkt. Da hätte ich tatsächlich gerne mal eine Rückmeldung zu.“ [KA3]*

*„Da ist das medizinische Interesse auch groß: Was ist denn nun wirklich gewesen? Um das vielleicht auch für spätere Fälle dann nutzen zu können, wenn bestimmte Symptome erscheinen. Das ist, so ist mein Eindruck, bei den Ärzten so.“ [KP2]*

### **3.3.11.3 Ansehen steigern**

Vereinzelt wurde darüber diskutiert, ob das Ansehen der Leichenschau dadurch gesteigert werden könne, dass diese erst ab einem bestimmten Weiterbildungsstand durchgeführt werden dürfe.

*„(...) wenn Krankenhäuser sagen: ‚Der Assistenzarzt, der darf zwar die Vorbereitung für die Todesbescheinigung machen, aber unterschreiben tut sie allerhöchstens der Oberarzt oder sogar der Chefarzt.‘ Finde ich eine gute Regelung. Nicht um irgendwas zu vertuschen, sondern einfach um da auch die Qualität und die Erfahrung, was wir gerade angesprochen haben, zu bringen.“ [AA5]*

### 3.3.12 Kategorie Lg3: Prozedere vereinfachen

Dieser Kategorie wurden Bemerkungen zugeordnet, in denen eine Vereinfachung des Prozederes der ärztlichen Leichenschau als Optimierungsmöglichkeit genannt wurde.

Tabelle 11 zeigt die Anzahl der Aussagen zu dieser Kategorie.

Unterkategorie	Anzahl der Aussagen
<b>Änderung der Todesbescheinigung</b>	51
Digitalisierung	20
Übersichtlichkeit / Bessere Strukturierung	19
Betonung der Epikrise	12
<b>Engere interdisziplinäre Zusammenarbeit</b>	7

**Tabelle 11: Anzahl der Aussagen zur Kategorie "Prozedere vereinfachen"**

#### 3.3.12.1 Änderung der Todesbescheinigung

Die Digitalisierung der Todesbescheinigung als Optimierungsmöglichkeit wurde kontrovers diskutiert. Während AllgemeinmedizinerInnen dies sehr kritisch sahen und das konventionelle Formular bevorzugten, sahen die übrigen Befragten durchaus auch die Vorteile in dieser Idee.

*„Nein, das ist Quatsch. Wir sind jetzt noch nicht im 22. Jahrhundert. Aber das halte ich für relativ unrealistisch.“ [AM4]*

Als potentielle Schwierigkeiten wurden der Datenschutz sowie die technische Umsetzung genannt, als positive Effekte die bessere Lesbarkeit sowie eine höhere Flexibilität im Hinblick auf den Zeitpunkt des endgültigen Absendens der Bescheinigung sowie auf inhaltliche Aspekte (z. B. Einblendung von Spezialfragen nur in einschlägigen Fällen).

*„Beim digitalen Totenschein ist die Lesbarkeit ein entscheidendes Kriterium.“ [AA1]*

*„Dann gehen ja manchmal dann auch die Daten verloren, wenn man die dann nicht gut übermittelt kriegt in dem Moment.“ [KA2]*

*„Vielleicht könnte man sich manchmal doch sogar mehr Zeit erkaufen (...) Ich könnte ja doch nochmal ins Büro fahren und (...) einen Kollegen treffen und nochmal fragen und dann erst auf Senden drücken.“ [KA2]*

Allgemein wurde eine Optimierung der Todesbescheinigung im Sinne einer Vereinfachung und logischeren Strukturierung des Formulars gefordert.

*„Also es wäre sehr viel besser, wenn es in der Todesbescheinigung NRW einfach drei Felder gäbe: natürlicher Tod, unklarer Tod, nicht natürlicher Tod. Das würde dann wirklich jeder verstehen.“ [RM3]*

*„Und vielleicht besser hervorheben, was denn wirklich die relevanten Punkte sind. Welche Felder nicht freigelassen werden dürfen. Ich glaube, der logische Aufbau dieser Todesbescheinigung wäre schon mal für manche dann ganz hilfreich.“ [RM2]*

Als Optimierungsansatz der Todesbescheinigung wurde auch eine Änderung des Feldes zu Infektionskrankheiten und den entsprechend zu treffenden Vorsichtsmaßnahmen vorgeschlagen.

*„Und auch mit den Hinweisen auf Infektionskrankheiten, wo jedes Mal „MRSA“ steht, was ja eigentlich uninteressant ist. Da sollte man einfach die vier, fünf relevanten Erkrankungen auflisten und die kann man dann ankreuzen. Dann spart man sich Mundschutz und Kittel in hunderten MRSA-Fällen jedes Jahr, also der Bestatter zumindest.“ [RM3]*

Mehrere Teilnehmer äußerten, sie legten großen Wert auf die Darstellung der Epikrise in Freitextform und wünschten sich mehr Platz hierfür auf dem Formular.

*„Dieser Freitext, den finde ich viel sinnvoller, da konnte ich immer mehr hinschreiben als in diese kategorisierten Fragen zu Vorerkrankungen oder sowas.“ [NA3]*

*„Genau, wie gesagt, mehr Freiraum einfach. Und weniger feste Strukturen. Wäre da vielleicht schöner.“ [KA3]*

*„Oder man schafft einfach diese Kausalkette ab und kann es dann eben doch mit mehr Worten schreiben und (...) genau.“ [KA2]*

Auch die erst sekundär mit den Sterbefällen befassten Disziplinen (Ermittlungsbehörden sowie Zweitleichenschauende) betonten die Bedeutung der Epikrise für die Nachvollziehbarkeit der Todesfälle.

*„Ansonsten (...) die Epikrise kann als Feld auch größer werden. Ich freue mich immer, wenn da was steht.“ [RM1]*

### **3.3.12.2 Engere interdisziplinäre Zusammenarbeit**

Vor allem die VertreterInnen der Ermittlungsbehörden wünschten sich eine engere Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsdisziplinen.

„Heute hatte ich wieder einen, da hat der Notarzt das sogar befürwortet. Der hat das dann wirklich ganz deutlich reingeschrieben: ‚Hier auf jeden Fall eine Obduktion.‘ (...) Hilft mir sogar. Wenn ich mir die Frage stelle: ‚Müssen wir den obduzieren lassen oder nicht?‘, und der Notarzt hat dann so ein eindeutiges Votum abgegeben (...) dann ist das für uns eine gute Entscheidungshilfe.“ [ST2]

„So eine grundsätzliche Offenheit (...) die Krankenakte preiszugeben. In der Hinsicht, dass man daraus Schlüsse ziehen kann. (...) Dass der Arzt einem das erklärt und nicht, dass man immer so Bruchstücke kriegt und erst nur auf Befragen wieder dann noch andere Sachen erfährt. Sondern dass die relativ offen sind und da auch sicher sind und sagen: ‚Gut, wir arbeiten daran mit.‘“ [KP3]

### 3.3.13 Kategorie Lg4: Aufgabe delegieren

Die Kategorie „Aufgabe delegieren“ umfasste solche Aussagen, in denen die Optimierungsmöglichkeit darin bestand, die Leichenschau durch speziell geschulte ÄrztInnen durchführen zu lassen. Entweder primär durch qualifizierte Leichenschau-ÄrztInnen oder im Sinne eine Ausweitung der zweiten Leichenschau auf mehr Fälle.

Die Anzahl der Aussagen hierzu ist in Tabelle 12 dargestellt.

Unterkategorie	Anzahl der Aussagen
<b>Modell der qualifizierten Leichenschau</b>	36
<b>Ausweitung des Anwendungsbereichs der zweiten Leichenschau</b>	10

**Tabelle 12: Anzahl der Aussagen zur Kategorie "Aufgabe delegieren"**

#### 3.3.13.1 Modell der qualifizierten Leichenschau

Die Möglichkeit der Durchführung der Leichenschau ausschließlich durch qualifizierte Leichenschau-ÄrztInnen wurde im Hinblick auf ihre Sinnhaftigkeit unterschiedlich bewertet. Zum einen wurde angemerkt, dass die Leichenschau idealerweise von behandelnden ÄrztInnen durchzuführen sei.

„Ich persönlich halte es für eine nicht so gute Idee, weil ich finde, das ist eine grundärztliche Tätigkeit, also auch für Hausärzte, für Internisten, für Allgemeinmediziner. (...) das ist elementarer Bestandteil ärztlicher Tätigkeit und auch hausärztlicher Tätigkeit.“ [AM4]

Andere Teilnehmende sahen Vorteile in der neutralen und professionellen Sichtweise qualifizierter Leichenschau-ÄrztInnen, sodass etwaige Behandlungsfehler weniger leicht

an den Ermittlungsbehörden vorbeigehen könnten. Insgesamt wurde die Umsetzbarkeit aus organisatorischen und Kostengründen angezweifelt.

*„Wenn jemand da wäre, egal wer, der Zeit und Aufwand dazu hat und betreibt, um die Krankengeschichte des Betroffenen zu recherchieren und das im Detail zusammenzufassen, würde das die Qualität erheblich verbessern, ganz automatisch.“ [AA5]*

*„Grundsätzlich ein Lösungsansatz wäre der professionelle Leichenbeschauer. Ein solcher Vorstoß ist auch innerhalb der Polizei schon gemacht worden. Scheiterte an Kostengründen.“ [KP2]*

### **3.3.13.2 Ausweitung des Anwendungsbereichs der zweiten Leichenschau**

Eine Ausweitung des Anwendungsbereichs der zweiten Leichenschau auf alle als natürlich eingestuften Sterbefälle, anstatt der bisherigen Anwendung nur auf Fälle von Feuerbestattungen, Auslandsüberführungen und Körperspenden, wurde mit Blick auf Fragen der Qualitätskontrolle sehr positiv bewertet. Allerdings wurde die Umsetzbarkeit auch diesbezüglich kritisch gesehen.

*„Es ist natürlich ein Irrglaube, dass man davon ausgeht, dass wenn eine Leiche erdbestattet wird, dass man die jederzeit exhumieren kann und die Befunde noch wie zu Lebzeiten erhält. Insofern würde ich die durchaus auch in die zweite Leichenschau einbeziehen. Und ich würde die eigentlich für alle empfehlen, und nicht nur für Feuerbestattung und Ausland.“ [RM3]*

*„Ich bin mir ziemlich sicher, dass man da noch einiges rausfischen würde.“ [RM3]*

*„Aus staatsanwaltschaftlicher Sicht, würde ich sagen, wäre es wünschenswert, wenn eigentlich in jedem Todesfall noch mal eine ärztliche Leichenschau stattfindet. Weil das unsere Beurteilungsgrundlage breiter machen würde und man mit einem wesentlich besseren Gefühl Leichen freigeben könnte.“ [ST1]*

## 4 Diskussion

### 4.1 Teil I: Probleme und Optimierungsmöglichkeiten an den Schnittstellen der zweiten Leichenschau

In Teil I der Arbeit wurde ein Kollektiv aus 1414 Krematoriumsleichenschauen untersucht, bei denen sich Zweifel an einer natürlichen Todesart ergeben hatten (25).

#### 4.1.1 Allgemeines

Grundsätzlich sind Studien zur zweiten Leichenschau aufgrund einer regional und individuell etwas unterschiedlichen Vorgehensweise bei der Selektion zweifelhafter Fälle (24, 31, 32) (siehe auch Abschnitt 1.2), der länderspezifischen Ausgestaltung der Todesbescheinigungen (97) und regional variierender Kremationshäufigkeiten (24) nur bedingt vergleichbar (25). Allerdings kommen diese dennoch oftmals zu ähnlichen Ergebnissen. So zeigten rechtsmedizinische Studien zur zweiten Leichenschau aus den letzten 25 Jahren weitgehende Übereinstimmung dahingehend, dass insbesondere Hinweise auf relevante Traumata (30, 57) und ärztliche bzw. pflegerische Fehler (33, 38, 47, 58) Anlass zur Überprüfung der Todesart bieten. Dies stimmt mit den Ergebnissen unserer Studie überein, der zufolge am Leichnam feststellbare, in der Todesbescheinigung jedoch nicht erklärte Verletzungen mit 26,1 % den häufigsten Beanstandungsgrund darstellten (25). Der zweithäufigste Grund bestand mit 23,0 % in Hinweisen auf ärztliche Behandlungsfehler, die sich aus den Todesbescheinigungen ergeben hatten (25). Insgesamt betrug der Anteil der beanstandeten Fälle mit Fragestellungen nach ärztlichen oder pflegerischen Fehlern in unserem Kollektiv 36,5 %, wobei hier noch nicht berücksichtigt ist, dass auch in manchen Fällen einer todesursächlichen Aspiration (in unserem Kollektiv 5,1 %) (25) ein ärztliches oder pflegerisches Fehlverhalten in Frage kommt (126).

Es zeigte sich mit 6,5 % eine hohe Quote beanstandeter Leichenschauen in Relation zu den insgesamt durchgeführten Kremationsleichenschauen (25). In anderen Studien betrug diese nur 0,9 – 5,0 % (30, 32, 38, 49). Nur Bajanowski et al. (2010) erhoben einen noch höheren Anteil beanstandeter Leichenschauen von 21,2 % (57). Bezogen auf den Anteil an die Ermittlungsbehörden gemeldeter Fälle deckten sich unsere Ergebnisse (1,5 %) (25) in etwa mit denen von Bajanowski et al. (2010) (1,0 % gemeldete Fälle) (57), Behrens et al. (2020) (2,0 %) (30) sowie Tröger und Eidam (2000) (0,5 %) (49) .

59,1 % der von uns primär beanstandeten Leichenschauen konnten nach Rücksprache mit den erstleichenchauenden ÄrztInnen, behandelnden ÄrztInnen oder anderen auskunftsberechtigten Personen für unbedenklich erklärt und damit zur Feuerbestattung, Auslandsüberführung oder Körperspende freigegeben werden (25). Dies ist ein hoher Anteil verglichen mit den Ergebnissen von Bajanowski et al. (2010) (9,8 %) (57) sowie Behrens et al. (2020) (43,4 %) (30). Ursächlich für derart divergierende Werte kann einerseits die bereits erwähnte, etwas unterschiedliche Vorgehensweise der UntersucherInnen bei der Selektion der zweifelhaften Fälle im Krematorium sein (24), andererseits spielt auch eine gewisse Subjektivität bei der Freigabeentscheidung nach telefonischer Rücksprache zur Klärung der Todesart eine Rolle (32).

Aus unserer Studie ergaben sich darüber hinaus Erkenntnisse zu Problemen an den wesentlichen Schnittstellen der zweiten Leichenschau:

#### **4.1.2 Schritt 1: Schnittstelle zu ÄrztInnen der ersten Leichenschau**

Als wichtiges Ergebnis unserer Arbeit zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Vorliegen bestimmter Beanstandungsgründe und der Freigabeentscheidung durch die zuständigen RechtsmedizinerInnen (25):

So konnten 71,3 % der Fälle mit in der Todesbescheinigung nicht erklärten, erheblichen Verletzungen nach Einholung einer Auskunft bei den erstleichenchauenden ÄrztInnen für unbedenklich erklärt werden (25). Dieser erstaunlich hohe Anteil erklärt sich unter Berücksichtigung der täglichen rechtsmedizinischen Praxis: Oft wird von ÄrztInnen der ersten Leichenschau geschildert, es habe ein Unfallereignis stattgefunden (z. B. ein Bagatelltrauma), dieses stehe aber unter Berücksichtigung der klinischen Befunde nicht in ursächlichem Zusammenhang mit dem Todeseintritt. Selbstverständlich gehört es zu den Pflichten des / der RechtsmedizinerIn, derartige Aussagen kritisch zu prüfen.

Ein signifikanter Zusammenhang zeigte sich auch bei Verstorbenen mit Zeichen medizinischer Eingriffe ohne entsprechende Erklärung in der Todesbescheinigung. Nach Einholung einer Auskunft konnte in 73,7 % freigegeben werden (25). Hier erklärt sich die hohe Freigabequote vorwiegend durch Fälle, in denen nach ärztlichen Angaben Notfall- eingriffe bei bereits vital bedrohten PatientInnen stattgefunden hatten.

Aus unserer Sicht ist es unerlässlich, dass ÄrztInnen bei aus Ihrer Sicht eindeutig natürlichen Todesfällen die am Leichnam erkennbaren Befunde (Verletzungen / Zeichen medizinischer Eingriffe) in der Todesbescheinigung deutlich benennen und gleichzeitig in ausreichender Weise erklären, warum diese keinen relevanten Hinweis auf einen nicht

natürlichen Tod darstellen. Hierfür kann das Feld „Epikrise“ der Todesbescheinigung genutzt werden, z. B. (21). So wären Todesbescheinigungen sowohl für ÄrztInnen der zweiten Leichenschau als auch für andere nachfolgend damit befasste Disziplinen (allen voran die Ermittlungsbehörden) nachvollziehbarer.

Eine hohe Freigabequote zeigte sich auch bei Sterbefällen mit einer nicht plausiblen oder nicht nachvollziehbaren Todesursachenkaskade (25). In der Praxis fanden sich darunter zahlreiche Fälle mit sogenannten Verlegenheitsdiagnosen. Ein häufiges Beispiel hierfür ist die Angabe der Todesursache „Demenz“ ohne jede weitere Erklärung (127). Weiterhin gehörten zu dieser Fallgruppe unplausible oder unvollständige Verknüpfungen der Glieder der Kausalkette (25). Bei telefonischer Rücksprache ließen sich diese Fälle zu 76,1 % dann doch klären (25). Hier liegt der Schluss nahe, dass die betreffenden ÄrztInnen mit dem Erkennen und / oder der Wiedergabe der Todesursache in der durch die Todesbescheinigung vorgegebenen Form überfordert waren, was sich mit Aussagen anderer Publikationen zur ärztlichen Leichenschau deckt (2, 55, 58, 74). Die Lösung für derartige Probleme kann nur in einer besseren Aus- und Weiterbildung von ÄrztInnen liegen. Zwar wurde diese Notwendigkeit bereits seit Jahrzehnten erkannt und entsprechende Maßnahmen wurden eingeleitet (siehe hierzu auch Abschnitt 1.5.2), unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur ist aber davon auszugehen, dass sich am Fortbildungsstand der Ärzteschaft bislang noch keine wesentliche Verbesserung eingestellt hat (40, 41, 43, 45-48).

Bei Formfehlern war in 93,0 % aller Fälle das Ausstellen einer Unbedenklichkeitsbescheinigung nach Einholung einer telefonischen Auskunft möglich (25). Dies ist naheliegend, wenn man bedenkt, dass es sich hierbei in aller Regel um Mängel wie ein unlesbares Schriftbild oder eine vergessene Angabe der Todesart („vergessenes Kreuzchen“) handelt. Bei Betrachtung der Todesbescheinigung Nordrhein-Westfalens (21) ist nicht verwunderlich, dass die Angaben zur Todesart nicht immer vollständig sind: Die erste Frage nach vorliegenden Hinweisen auf ein zum Tode führendes äußeres Ereignis wird in aller Regel beantwortet. Allerdings wird regelmäßig die Beantwortung der zweiten Frage vergessen, ob es sich (bei Nichtvorliegen solcher Hinweise) um einen natürlichen oder einen ungeklärten Tod handelt (25); dies ist als klarer Hinweis auf die Unübersichtlichkeit des Formulars zu werten.

#### **4.1.3 Schritt 2: Schnittstelle zu VertreterInnen der Ermittlungsbehörden**

Die Obduktionsquote der an die Ermittlungsbehörden gemeldeten Fälle betrug in unserem Kollektiv 12,4 % (25), ganz ähnlich wie in einer anderen aktuellen Untersuchung zur

Krematoriumsleichenschau aus Hamburg mit einer Quote von 13,0 % (30). Diese Obduktionsquoten erscheinen gering, insbesondere mit Blick darauf, dass konkrete Zweifel an einem natürlichen Tod seitens der RechtsmedizinerInnen der Anlass für die kriminalpolizeilichen Meldungen gewesen waren.

Besonders gering war die Zahl der Obduktionen bei Fällen mit laut Todesbescheinigung stattgehabtem Unfall- oder Gewaltereignis (Obduktionsquote 5,2 %) (25). Die niedrige Obduktionsquote dieser Fälle stellt einen Kontrast zur hohen Meldequote seitens der Rechtsmedizin dar (77,1 %) (25). Hier stellt sich die Frage, warum diese Fallgruppe von RechtsmedizinerInnen und Ermittlungsbehörden so unterschiedlich gewichtet wurde. Die Diskrepanz lässt sich am ehesten dadurch erklären, dass RechtsmedizinerInnen im Rahmen der zweiten Leichenschau die Aufgabe haben, nicht natürliche Todesfälle unter den primär als natürliche Tode klassifizierten Fällen zu identifizieren (24). Der nicht natürliche Tod stellt ein durch äußere Umstände verursachtes Ereignis dar, wobei auch Unfallereignisse, Suizide oder andere unverschuldete äußere Einflüsse einschlägig sind (1). Im Kontrast dazu ist die Ermittlungsarbeit von Kriminalpolizei und Staatsanwaltschaft primär darauf ausgerichtet, ein mögliches Fremdverschulden am Tod des / der Verstorbenen festzustellen bzw. auszuschließen (5, 25). Die unterschiedlichen Vorgehensweisen bzw. Arbeitsaufträge im Zusammenhang mit Todesfällen können zu Konflikten zwischen den agierenden Disziplinen führen. So könnte sich etwa auf Seiten der Ermittlungsbehörden die Frage ergeben, warum ein häuslicher Unfall ohne Hinweise auf ein Fremdverschulden überhaupt gemeldet wird, während dies aus Sicht der ÄrztInnen der zweiten Leichenschau klar einen nicht natürlichen Tod und somit einen meldepflichtigen Fall darstellt (25). Andererseits ergibt sich aus rechtsmedizinischer Perspektive oftmals die Frage, wie ein bestimmter, im Rahmen der zweiten Leichenschau gemeldeter Fall überhaupt geklärt werden konnte, wenn keine Obduktion stattgefunden hat (25). Eine mögliche Lösung dieser Problematik wären gesetzlich einheitlich definierte Todesarten. Zwar existieren zum Teil bereits gesetzliche Definitionen der Todesarten in den einzelnen Landesgesetzen, z. B. in Nordrhein-Westfalen (128), allerdings werden diese im Berufsalltag nicht von allen Disziplinen gleichermaßen anerkannt. Möglicherweise könnte diesbezüglich eine höhere Akzeptanz unter allen beteiligten Berufsdisziplinen erreicht werden, wenn es bundeseinheitliche gesetzliche Definitionen gäbe. An dieser Stelle muss darüber hinaus auf die Nützlichkeit eines Indikationskatalogs für Obduktionen hingewiesen werden (Erläuterung in Abschnitt 1.5.6). Wäre gesetzlich definiert, in welchen Fällen Obduktionen stattzufinden haben, gäbe es weniger Auslegungsspielraum hinsichtlich der Frage, ob eine Obduktion sinnvoll ist oder nicht. Zusätzlich würde

ein solcher Katalog das Problem der geringen Obduktionszahlen in Deutschland adressieren (109). Allerdings wären diesbezügliche Personal- und Finanzierungsfragen noch zu klären.

In unserem Kollektiv wurde kein einziger Verstorbener aufgrund des Verdachts auf eine Aspiration obduziert (25). Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund erstaunlich, dass 59,4 % aller Obduktionen unseres Kollektivs mit der Fragestellung nach einem ärztlichen oder pflegerischen Fehlverhalten stattfanden (25). Im Zusammenhang mit Aspirationsereignissen stellt sich aus rechtsmedizinischer Perspektive des Öfteren die Frage nach einem ärztlichen oder pflegerischen Fehler (126), beispielsweise mit Blick auf die Notwendigkeit des Anlegens einer Magensonde oder bei Verdacht auf Aspirationen im Rahmen einer Narkoseeinleitung. Vor diesem Hintergrund ist nicht einleuchtend, warum der Frage nach einem ärztlichen oder pflegerischen Fehlverhalten in den 34 Fällen mit Aspirationsverdacht nicht in Form einer Obduktion nachgegangen wurde.

Es fanden 64 Obduktionen in der Folge der Meldung an die Ermittlungsbehörden statt, wobei, wie im vorherigen Absatz erwähnt, ganz überwiegend Fälle mit Hinweisen auf ärztliche oder pflegerische Fehler einer Obduktion zugeführt wurden (25). Dies lässt darauf schließen, dass solche Fälle für die Ermittlungsbehörden von besonderer Relevanz sind und stimmt überein mit den Ergebnissen von Tröger und Eidam (2000) (22,6 % bzw. 40,9 % ärztliche bzw. pflegerische Fehler) (49) sowie Germerott et al. (2012) (57,9 % Fehler mit medizinischem Kontext) (33). Eine gleichartige Entwicklung wird auch im allgemeinen rechtsmedizinischen Obduktionsgut beobachtet und mit einem wachsenden gesellschaftlichen Bewusstsein für ärztliche bzw. pflegerische Fehler erklärt (129).

Die Todesart änderte sich in 64,1 % der Fälle, in denen Obduktionen durchgeführt wurden, davon bei 28,1 % in einen nicht natürlichen Tod. Dies lässt den Schluss zu, dass die Kremationsleichenschau ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung darstellt, wie auch Behrens et al. (2020) (30) sowie Todt (2011) (27) berichteten.

## **4.2 Teil II: Allgemeines**

In Teil II der Arbeit wurden Probleme und Bedarfe der bei Sternefällen involvierten Berufsdisziplinen in Form von Fokusgruppeninterviews untersucht. Zusätzlich gaben die TeilnehmerInnen der Fokusgruppen Einschätzungen zu Optimierungsmöglichkeiten des Leichenschausystems ab.

Durch die gewählte qualitative Methodik konnten wir Probleme und Einstellungen beteiligter Berufsgruppen offen und im Detail erfragen (112) und einen möglichst realitätsna-

hen Prozess der Meinungsbildung abbilden (115). Aussagehäufigkeiten wurden dokumentiert, dienen aber lediglich der Transparenz und Veranschaulichung für die LeserInnen. Die Fokusgruppen deckten ein angemessenes Spektrum an Altersstufen, Fachrichtungen bzw. Berufsdisziplinen und Tätigkeitsbereich ab (Abschnitt 3.3.1). Auffallend ist, dass 64,0 % der beteiligten erstleischschauenden ÄrztInnen angaben, seltener als einmal im Monat eine Leichenschau durchzuführen. Dies ist allerdings nicht als ungewöhnlich zu bezeichnen, sondern entspricht mit Blick auf die Literatur der Berufsrealität vieler ÄrztInnen (55, 68, 74, 76, 77).

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Fokusgruppeninterviews diskutiert, wobei zunächst auf die geschilderten Probleme sowie Bedarfe und im Anschluss auf Lösungs- bzw. Optimierungsmöglichkeiten eingegangen wird. Diese Themenbereiche überschneiden sich teilweise. Vor dem Hintergrund des Ziels dieser Arbeit, einen Beitrag zur Verbesserung des Leichenschausystems zu leisten, wird die Diskussion insbesondere Optimierungsmöglichkeiten in den Blick nehmen.

## **4.3 Teil II: Diskussion der Kategorien zu Problemen und Bedarfen (Pr1 – Pr5)**

### **4.3.1 Pr1: Strukturelle Probleme**

Sämtliche Berufsdisziplinen berichteten von ärztlichen Wissenslücken in Bezug auf die Leichenschau, wobei ein breites Themenspektrum an Fortbildungsbedarfen genannt wurde, von thanatologischen Grundkenntnissen über Wissen zu rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen bis hin zu Unklarheiten im Umgang mit Infektionserkrankungen bei Verstorbenen und diesbezüglichen Warnhinweisen. Diese Ergebnisse decken sich mit der rechtsmedizinischen Fachliteratur. In einer Fragebogenstudie von Schröder et al. (2016) unter 1343 HausärztInnen machten 63 % der ÄrztInnen Angaben, die auf wesentliche Fehler bei der Inspektion der Körperöffnungen und anderer schwer einsehbarer Körperstellen bei der Leichenschau schließen ließen (75). Lenz (2018) berichtete in einer Dissertationsschrift der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen, dass 17,4 % der HausärztInnen im Rahmen einer Fragebogenstudie angaben, große und weitere 79,3 % mittlere Wissensprobleme zu den Themenbereichen „Leichenschau“ und „Todesbescheinigung“ zu haben (71). Zudem stellten Schöpfer et al. (2019) fest, dass ÄrztInnen Schwierigkeiten bei der Angabe von Infektionskrankheiten und diesbezüglichen Schutzmaßnahmen in der Todesbescheinigung haben (130).

Ärztliche Wissenslücken werden in der Fachliteratur der Kategorie „*Probleme auf Seiten des Arztes*“ (5) zugeordnet. Nach den Ergebnissen unserer Studie ist allerdings davon auszugehen, dass es sich bei dem bestehenden mangelhaften Fortbildungsstand um ein strukturell verankertes Problem handelt, das offenbar weite Teile der Ärzteschaft betrifft und durch einen strukturellen Mangel an Fortbildungsangeboten bedingt zu sein scheint: Fortbildungsangebote seien gemäß den Angaben der TeilnehmerInnen zwar erwünscht, aber nicht in angemessenem Ausmaß verfügbar.

Ein weiteres von den StudienteilnehmerInnen häufig genanntes strukturelles Problem war die Ausgestaltung der Todesbescheinigung (vorliegend der Todesbescheinigung Nordrhein-Westfalens), deren Aufbau als kompliziert und umständlich wahrgenommen wurde. Wichtige genannte Aspekte waren hierbei die Vielzahl an – zum Teil nicht einschlägigen – Feldern auf dem Formular, der strikte Aufbau der Todesursachenkaskade sowie die Vorgabe, möglichst genaue Zeitangaben zu den einzelnen Unterpunkten der Todesursachenkaskade machen zu müssen. Auch diesbezüglich ergab sich eine Übereinstimmung mit der Fachliteratur, in der die Komplexität der Todesbescheinigung immer wieder als Problemfaktor genannt wird (42, 45, 54, 77).

Die ärztlichen TeilnehmerInnen unserer Studie berichteten des Weiteren, es erreichten sie praktisch keine Rückmeldungen zu ihren Todesbescheinigungen. Sie nahmen dies als verpasste Weiterbildungschance wahr. Die Schilderungen der TeilnehmerInnen sprechen dafür, dass die bisher bestehenden Mechanismen der Rückkopplung in Form von Ordnungswidrigkeitenverfahren sowie durch Rückfragen im Rahmen der Krematoriumsleichenschau (Erläuterungen in Abschnitt 1.5.6) einen Großteil der Ärzteschaft nicht betreffen. Eine naheliegende Erklärung für die begrenzte Reichweite dieser Rückkopplungsmechanismen ist, dass hier nur Fälle mit besonders schwerwiegenden Mängeln weiterverfolgt werden (24, 108). Werden geringere Mängel festgestellt, so erhalten die hierfür verantwortlichen ÄrztInnen in aller Regel keine Rückmeldung, obwohl eine solche gleichermaßen ein Verbesserungspotential für die Leichenschauqualität bieten würde. Ein konsequenter und umfassender Rückkopplungsmechanismus existiert somit in Deutschland nicht.

#### **4.3.2 Pr2: Probleme bei der interdisziplinären Interaktion**

Wichtiges Ergebnis unserer Studie sind auch die Aussagen zu interdisziplinären Problemen. Solche Probleme wurden in einigen Veröffentlichungen bereits dargestellt, z. B. (55, 70), allerdings wurden sie im Rahmen unserer Arbeit erstmalig in Form von Fokusgruppeninterviews erhoben. Damit wurde eine offenere und detailliertere Erörterung ermöglicht als etwa in Fragebogenstudien (71, 74, 76, 77, 79). Zudem wurden erstmalig

auch die nachgeschalteten Berufsdisziplinen (ÄrztInnen der zweiten Leichenschau, VertreterInnen der Ermittlungsbehörden) befragt, deren Perspektive bislang allenfalls und nur teilweise in der kriminalistischen Literatur ausführlich dargelegt worden ist (81).

Ein besonders gewichtiges Ergebnis dieser Kategorie waren zahlreiche Aussagen von Seiten der ÄrztInnen, aber auch der VertreterInnen der Ermittlungsbehörden, die darauf schließen lassen, dass leichenschauende ÄrztInnen in Deutschland erheblichem Druck bei der Festlegung der Todesart ausgesetzt sind. Dies ist insofern zunächst nicht erstaunlich, als dass in der rechtsmedizinischen Literatur bereits vielfach über Pressionen seitens Angehöriger und / oder der Kriminalpolizei hin zur unbedingten Bescheinigung eines natürlichen Todes auch bei Bedenken berichtet wurde (5, 55, 58, 74, 77). Neu sind allerdings die Schilderungen unserer StudienteilnehmerInnen, dass es im Kontrast dazu auch Pressionen von Vorgesetzten bzw. Klinikleitungen gebe, vermehrt einen nicht natürlichen oder ungeklärten Tod zu bescheinigen, selbst wenn die betreffenden ÄrztInnen dies aus ihrem eigenen ärztlichen Verständnis hinaus nicht täten. Von den befragten ÄrztInnen wurde zum Teil sogar berichtet, es gebe klinikinterne Leitfäden, die bei Vorliegen bestimmter Kriterien (z. B. intensivstationärer Aufenthalt) die Bescheinigung mindestens eines ungeklärten Todes grundsätzlich vorschrieben. Dabei gehe es den Kliniken nach Einschätzung der VertreterInnen der Ermittlungsbehörden vorwiegend um Fragen der Qualitätssicherung sowie darum, eine gewisse Transparenz zu signalisieren. Eine derartige Vorgehensweise in Kliniken mag aus rechtsmedizinischer Perspektive sinnvoll erscheinen, stieß jedoch zum Teil auf Unverständnis seitens der Ermittlungsbehörden, die sich einer steigenden Anzahl an – aus ihrer Sicht nicht immer gerechtfertigten - Todesermittlungsverfahren im medizinischen Bereich ausgesetzt sahen. Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse muss davon ausgegangen werden, dass sich für einen Teil der deutschen ÄrztInnen ein Spannungsfeld zwischen betriebsinternen Vorgaben einerseits und polizeilichen Pressionen andererseits bildet, das Unsicherheiten im Rahmen der Leichenschau fördern dürfte.

In Übereinstimmung mit den Ergebnissen aus Teil I der Arbeit berichteten die TeilnehmerInnen unserer Fokusgruppeninterviews, es gebe interdisziplinär zum Teil grundlegend unterschiedliche fachliche Einschätzungen von Sterbefällen. Dies betreffe nicht nur die im vorherigen Absatz bereits erwähnten unterschiedlichen Ansichten zwischen MedizinerInnen und ErmittlungsbeamtenInnen, sondern es gebe durchaus auch Diskussionen zwischen verschiedenen Fachabteilungen in Krankenhäusern. Anknüpfungspunkt der Diskussionen sei meist die Frage, in welchen Fällen welche Todesart zu bescheinigen sei. Die Sinnhaftigkeit einheitlicher Legaldefinitionen der Todesart wurde bereits in Abschnitt 4.1.3 diskutiert.

Im Hinblick auf die Kommunikation zwischen verschiedenen Disziplinen wurde von Seiten der Ermittlungsbehörden und der zweitleichenschauenden ÄrztInnen erörtert, es sei insbesondere in Kliniken schwierig, die zuständigen ÄrztInnen zu erreichen, was im Zusammenhang mit der durch die Kriminalpolizei und die Staatsanwaltschaft beobachteten wachsenden Zahl an Todesermittlungsverfahren in Kliniken problematisch erscheint.

Mit Blick auf die Gewichtung der interdisziplinären Probleme im Rahmen unserer Fokusgruppeninterviews und auf die Schilderung solcher Probleme nicht nur zwischen Kriminalpolizei und ÄrztInnen, sondern zum Teil auch zwischen MedizinerInnen, wurde die von Madea vorgeschlagene Kategorie der „*Probleme auf Seiten der Ermittlungsbehörden*“ (5) modifiziert bzw. erweitert in „Probleme bei der interdisziplinären Interaktion“.

### **4.3.3 Pr3: Situative Probleme**

Geschilderte Probleme wie ungünstige Untersuchungsbedingungen, eine erschwerte Untersuchung bei fäulnisveränderten Verstorbenen sowie die Problematik des Durchführens der Leichenschau bzw. Ausfüllens der Todesbescheinigung bei völlig unbekanntem Verstorbenen stimmten größtenteils mit den bereits aus der Fachliteratur bekannten Schwierigkeiten überein (55, 58, 70, 71).

Auffallend waren die unterschiedlichen Einschätzungen hinsichtlich des Faktors „Zeitdruck“: Während die ÄrztInnen der zweiten Leichenschau und die VertreterInnen der Ermittlungsbehörden Zeitdruck als relevantes Problem für erstleichen-schauende ÄrztInnen einschätzten, gaben die ÄrztInnen selbst an, in aller Regel genügend Zeit für Leichenschauen zur Verfügung zu haben.

Ein weiteres Problem, das einen höheren Stellenwert hatte, war das Nichtvorhandensein sicherer Todeszeichen bei frisch Verstorbenen. Diesbezüglich existiert in der Gesetzgebung eine Lücke, wenn Reanimationsmaßnahmen eingestellt werden oder Personen frisch verstorbenen sind, bei denen gemäß Patientenwillen keine Reanimationsmaßnahmen vorzunehmen sind. ÄrztInnen müssen dann die Todesbescheinigung unter Angabe sicherer Todeszeichen ausfüllen, z. B. (21), obwohl diese unter Umständen noch nicht vorhanden sind. Die TeilnehmerInnen schilderten hier verschiedene Vorgehensweisen zur Umgehung des Problems, insbesondere das Abwarten bis zum Auftreten sicherer Todeszeichen oder eine erneute Leichenschau nach wenigen Stunden. In der Notfallmedizinischen Literatur wird zum Teil empfohlen, nach Abbruch von Reanimationsmaßnahmen ein mindestens zehnmütiges Nulllinien-EKG aufzuzeichnen, das der medico-legalen Absicherung und der Vermeidung des sogenannten Lazarusphänomens (spontane Rückkehr der Herzaktion nach eingestellter Reanimation) dienen soll (22). Das Problem der (noch) nicht vorhandenen Todeszeichen löst dieses Vorgehen allerdings

nicht. ÄrztInnen sind in solchen Fällen immer noch verpflichtet, auf das Eintreten der sicheren Todeszeichen zu warten.

#### **4.3.4 Pr4: Probleme auf Seiten des Arztes / der Ärztin**

Ein Problem, welches von teilnehmenden ÄrztInnen aus dem ambulanten Bereich geschildert wurde, war das Auftreten unangenehmer Gefühle gegenüber Angehörigen, besonders wenn man diesen die Leichenschau in Rechnung stellen müsse. Gerade in Bezug darauf, dass die Leichenschau eine gesetzlich vorgeschriebene Maßnahme darstellt, erscheint es auch zumindest problematisch, dass Hinterbliebene diese Leistung bezahlen müssen (23). Grundsätzlich nachvollziehbar ist allerdings, dass die Krankenkassen diese Leistung nicht übernehmen, da das Versicherungsverhältnis mit dem Tod des / der Versicherten endet (23).

Aus zahlreichen Aussagen ging hervor, dass Unsicherheit bzw. mangelnde Vorerfahrung relevante Probleme leichenschauender ÄrztInnen darstellen. Dies steht in Einklang mit der Literatur (71, 74, 77, 131) sowie mit der Tatsache, dass 64,0 % der an unserer Studie beteiligten ÄrztInnen angaben, seltener als einmal im Monat eine Leichenschau durchzuführen bzw. die mediane Anzahl der geschätzt durchgeführten Leichenschauen nur 10 pro Jahr betrug.

Insgesamt schienen Empfindungen wie Betroffenheit, ein Gefühl des Mitverschuldens am Tod der eigenen PatientInnen oder „Ekel“ im Umgang mit Leichen keine wiederkehrend relevanten Probleme für die beteiligten ÄrztInnen darzustellen. Diese gaben viel mehr an, mit derartigen Gefühlen professionell umzugehen.

#### **4.3.5 Pr5: Geringe Anreize / unattraktive ärztliche Tätigkeit**

Es wurden zahlreiche Aussagen getätigt, die darauf schließen ließen, dass der Leichenschau ein geringes Ansehen von Seiten der Ärzteschaft widerfährt und diese als nicht äquivalent wichtig zu anderen ärztlichen Aufgaben gesehen wird. Besonders frappierend und daher an dieser Stelle noch einmal genannt, stellte sich die Aussage eines / einer TeilnehmerIn dar: *„Wenn ich die Leichenschau nicht hundertprozentig richtig mache, so ändert es ja nichts am Gesamtergebnis. Der ist tot.“* (Abschnitt 3.3.8.1). Auch andere AutorInnen schätzen das geringe Ansehen der Leichenschau als relevantes Problem ein (5, 71, 74, 78).

Gleichzeitig nahmen die ÄrztInnen der ersten wie auch der zweiten Leichenschau die Tätigkeit als anspruchsvoll und herausfordernd wahr. Zu berücksichtigen ist in diesem Kontext, dass die Todesursache selbst für qualifizierte LeichenschauerInnen allein durch eine äußere Besichtigung des Leichnams in der weit überwiegenden Zahl der Fälle nicht

erkennbar ist (68, 101). Folglich stellt dies für nicht entsprechend geschulte ÄrztInnen mindestens eine ebenso große Herausforderung dar. Die teilnehmenden ÄrztInnen gaben an, es sei gerade bei multimorbiden PatientInnen zum Teil gar nicht möglich, eine konkrete Todesursache zu benennen, was ihnen Probleme bereite. Die Schwierigkeit, sich bei älteren, multimorbiden PatientInnen auf eine Todesursache festzulegen, führt oftmals dazu, dass ÄrztInnen im Rahmen der Leichenschau Verlegenheitsdiagnosen eintragen (127).

Auch der ärztliche Arbeitsaufwand sei, zumindest im niedergelassenen Bereich, hoch. So werde man beispielsweise nachts oder am Wochenende zu einer Leichenschau gerufen und müsse weite Anfahrtswege in Kauf nehmen. Auch der Arbeitsaufwand bei der Einholung von Informationen zu unbekanntem Verstorbenen sei zum Teil beträchtlich.

Hinzu komme, dass bei einem ärztlichen Fehlverhalten bei Durchführung der Leichenschau kaum Sanktionen drohten. Diese Einschätzung wurde auch durch die teilnehmenden ÄrztInnen des Gesundheitsamtes getroffen, die in der Regel für die Einleitung von Ordnungswidrigkeitenverfahren zuständig sind. Es wurde berichtet, es gebe zwar bei Hinweisen auf eine Verletzung der Sorgfaltspflicht die Möglichkeit solcher Verfahren, allerdings sei gesetzlich nicht hinreichend definiert, wann eine Sorgfaltspflichtverletzung vorliege. Damit kämen diese Verfahren in der Praxis kaum vor. Zunächst scheint dies im Kontrast zu einer Publikation von Viehöver et al. (2019) (108) zu stehen, nach der Ordnungswidrigkeitenverfahren in Deutschland sehr wohl eine Rolle spielen. Allerdings endete nach Viehöver et al. auch nur jede 1250. Leichenschau in einem solchen Verfahren. Wenn ein Großteil der Ärzteschaft, vergleichbar mit den TeilnehmerInnen unserer Studie sowie der von Wilmes (2015) (77), nur etwa 10 Leichenschauen im Jahr durchführt, so dürften diese Sanktionsmöglichkeiten für ÄrztInnen kaum spürbar sein.

Einig waren sich die TeilnehmerInnen in Bezug darauf, dass die Leichenschau bis zum Jahresbeginn 2020 unzureichend vergütet wurde, angesichts der vielfältigen Aufgaben und der hohen Anforderungen im Rahmen der Leichenschau. Dies stimmt mit der Einschätzung zahlreicher AutorInnen überein (55, 57, 103, 104). Da die Vergütung der Leichenschau jedoch zum Jahresbeginn 2020 geändert wurde (105), wird dieser Aspekt erst in Abschnitt 4.4.2 ausführlich diskutiert.

Vor dem Hintergrund des geringen Ansehens, der hohen Anforderungen an ÄrztInnen, des hohen Arbeitsaufwandes insbesondere im niedergelassenen Bereich, der eingeschränkten Sanktionsmöglichkeiten bei Fehlleistungen und der zumindest bis Januar 2020 unangemessen geringen Vergütung ist es nicht verwunderlich, dass die Leichenschau von vielen ÄrztInnen als unangenehme und im Vergleich zu anderen ärztlichen

Aufgaben als unattraktiver empfunden wird (5, 78). Aus unserer Sicht ist davon auszugehen, dass dies einen ausschlaggebenden Faktor in Bezug auf die unzureichende Qualität der Leichenschau darstellt. Mit Blick darauf wird vorgeschlagen, die von Madea definierten „*Ursachenkomplexe für die Misere der ärztlichen Leichenschau*“ (5) um die Kategorie „*Geringe Anreize / Unattraktive ärztliche Tätigkeit*“ zu ergänzen. Einzelaspekte dieses Problemkomplexes wurden zwar bereits bei Madea aufgeführt (z. B. wurden die Aspekte der unzureichenden Vergütung sowie die Einordnung der Leichenschau als Tätigkeit „*abseits des ärztlichen Heilungsauftrags*“ dem Komplex „*Probleme auf Seiten des Arztes*“ (5) zugeordnet), mit Blick auf die augenscheinliche Relevanz dieser Schwierigkeiten für die beteiligten Berufsdisziplinen, erscheint die Zusammenfassung in einen eigenen Themenkomplex jedoch angebracht.

## **4.4 Teil II: Diskussion der Kategorien zu Optimierungsmöglichkeiten (Lg1 – Lg4)**

Die von den StudienteilnehmerInnen geäußerten Verbesserungswünsche sowie deren Einschätzungen zu Lösungsmöglichkeiten werden im Folgenden vor dem Hintergrund der Fachliteratur diskutiert. Selbsterklärend ist, dass sich ein Teil der genannten Probleme nicht beseitigen lässt, wie etwa die Schwierigkeit, dass die Todesursache bei lediglich äußerer Leichenschau oftmals nicht sicher erkennbar ist.

### **4.4.1 Lg1: Mehr Anleitung / Fortbildung**

Die bereits seit Jahrzehnten lautwerdenden Rufe nach einer Verbesserung der Qualität der Leichenschau in Verbindung mit der Forderung nach besserer Ausbildung während des Studiums und mehr postgradualen Fortbildungen (2, 6, 25, 38, 41, 44, 46, 73) sind nicht unerhört geblieben. Wie in Abschnitt 1.5.2 erläutert, wurden an zahlreichen rechtsmedizinischen Instituten Maßnahmen für die Verbesserung der studentischen Lehre ergriffen (89-91) und Fortbildungsformate verschiedener, auch leicht zugänglicher Art für ÄrztInnen geschaffen, beispielsweise in Form von Online-Formaten (92-94). Ernüchternd ist, dass die Leichenschauqualität gemäß den Ergebnissen aktueller Studien, z. B. (45), immer noch unzureichend ist und die Maßnahmen die Ärzteschaft offenbar (noch) nicht umfänglich erreicht haben: So gaben unsere erstleichenschauenden TeilnehmerInnen fast übereinstimmend an, sich fortbilden zu wollen, jedoch mangels Fortbildungsangeboten nicht zu können. Dies spricht für die Einführung von ärztlichen Pflichtfortbildungen zum Thema Leichenschau, wie von der DGRM in ihren Empfehlungen vorgeschlagen (87). Ein Argument für verpflichtende Fortbildungen zu diesem Thema im Kon-

trast zu anderen möglichen ärztlichen Fortbildungsthemen wäre schlechthin die Tatsache, dass die Leichenschauqualität sich trotz jahrzehntelanger Bemühungen seitens der Politik, der Behörden, der Institutionen der ärztlichen Selbstverwaltung sowie der rechtsmedizinischen Institute nicht wesentlich verbessert hat. Darüber hinaus ist die Bedeutung der Leichenschau für die rechtsstaatliche Sicherheit zu bedenken, wie auch die Tatsache, dass das Thema Leichenschau im Unterschied zu vielen anderen medizinischen Themen alle approbierten ÄrztInnen betrifft. Vor dem Hintergrund einer gewissen Routine weiter Teile der Bevölkerung (und mithin auch der Ärzteschaft) im Umgang mit Online-Formaten durch die Covid-19-Pandemie, könnten niederschwellig erreichbare Formate wie Online-Fortbildungen hier eine wesentliche Rolle spielen. Potential hätte auch die von einigen unserer TeilnehmerInnen vorgeschlagene Etablierung klinikinterner Fortbildungssysteme mit Benennung von Leichenschaubeauftragten. Derartige Systeme könnten die Akzeptanz verpflichtender Fortbildungen womöglich erhöhen. Gleichzeitig würde das Problem gelöst, dass von rechtsmedizinischer Seite nicht genug Personal für die Fortbildung aller ÄrztInnen zur Verfügung steht. Eine vergleichbare Struktur mit Leichenschaubeauftragten und regelmäßigen Fortbildungsmöglichkeiten für leichenschauende ÄrztInnen (hier angeboten durch das Institut für Rechtsmedizin) ist am Universitätsklinikum Düsseldorf bereits etabliert und im Qualitätsmanagement der Klinik verankert worden. Schließlich wurde von unseren TeilnehmerInnen auch auf die Sinnhaftigkeit professionenübergreifender Fortbildungen unter Beteiligung von erstleichen-schauenden ÄrztInnen, Kriminalpolizei, Gesundheitsamt und Rechtsmedizin hingewiesen. Solche Fortbildungsformate werden zum Teil auch in der Literatur beschrieben (60) und könnten den positiven Nebeneffekt einer Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit mit sich bringen. Allerdings ist davon auszugehen, dass interdisziplinäre Fortbildungen dieser Art aufgrund des hohen Personalaufwands nur für einen Bruchteil der leichenschauenden ÄrztInnen angeboten werden könnten.

Seitens unserer StudienteilnehmerInnen wurde überwiegend auch die Entwicklung einer App begrüßt, die ÄrztInnen im Berufsalltag bei der Leichenschau unterstützen könnte, wobei die Ideen einer Checkliste sowie von informativen Hinweisen bei Vorliegen bestimmter Befunde als besonders hilfreich eingestuft wurden. Solche Strukturen sind gemäß einer Publikation von Eckert et al. (2019) (97) und laut dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (99) im Rahmen der derzeit in der Entwicklung befindlichen elektronischen Todesbescheinigung (eTB) geplant.

#### **4.4.2 Lg2: Anreize schaffen**

Die Leichenschau wird seit Januar 2020 weit besser vergütet als zuvor (siehe auch Abschnitt 1.5.5). Die leichenschauenden ÄrztInnen aus unserem Studienkollektiv erachteten die Erhöhung des Honorars zwar als angebracht, äußerten aber Zweifel an der Wirksamkeit der Maßnahme in Bezug auf die Qualitätssteigerung. Die ÄrztInnen der zweiten Leichenschau sowie VertreterInnen der Ermittlungsbehörden sahen hierin sehr wohl eine Chance auf eine Qualitätsverbesserung. Wie sich die bessere Vergütung auf die Qualität der Leichenschau auswirkt, bleibt abzuwarten. Jedenfalls in Kliniken dürfte diese Maßnahme keinen durchschlagenden Effekt haben, da die Leichenschau dort zu den Dienstaufgaben gezählt und nicht separat vergütet wird (23). Gemäß den Daten einer aktuellen Studie von Dasch (2022) (132) betrifft dies mehr als die Hälfte der Leichenschauen: In dieser Studie wurden sämtliche Todesbescheinigungen der Stadt Münster aus dem Jahr 2017 ausgewertet. Davon waren 58,6 % in Krankenhäusern durchgeführt worden. Dennoch ist die Erhöhung des Honorars als wichtiges Signal an die Ärzteschaft zu verstehen, die ihre Arbeit gemäß den Aussagen unserer TeilnehmerInnen nun „*endlich wertgeschätzt oder zumindest ansatzweise wertgeschätzt*“ (Abschnitt 3.3.11.1) sieht.

Wie in Abschnitt 3.3.4.3 ausgeführt, wünschten sich die leichenschauenden ÄrztInnen unter unseren TeilnehmerInnen routinemäßige Rückmeldungen zu ihren Todesbescheinigungen und sahen Potential, solche Strukturen als Motivation sowie als fortbildende Maßnahme für Verbesserungen der eigenen Leistung zu nutzen. Auch diesbezüglich ist die Entwicklung der eTB vielversprechend. Im Zuge der geplanten Digitalisierung der Verwaltung nach dem Onlinezugangsgesetz soll eine Kommunikationsstruktur geschaffen werden, die routinemäßige Rückkopplung zumindest technisch möglich machen würde (97).

Eine weitere Möglichkeit, die Leichenschau für ÄrztInnen attraktiver zu machen, bestünde nach Einschätzung einiger unserer TeilnehmerInnen darin, diese unter die Voraussetzung eines gewissen Status (z. B. Facharztstatus) zu stellen. In der Praxis dürfte dies aber schwierig umsetzbar sein, da fraglich ist, ob beispielsweise bei einer nächtlich unverzüglich durchzuführenden Leichenschau in einem Krankenhaus jederzeit unproblematisch fachärztliches Personal greifbar wäre.

#### **4.4.3 Lg3: Prozedere vereinfachen**

Im Vordergrund stand diesbezüglich die Optimierung der Todesbescheinigungen der Länder, ggf. auch einer bundeseinheitlichen Todesbescheinigung. Eine einfachere Strukturierung des Formulars sowie Reduktion auf wesentliche Angaben wurden von

allen beteiligten Disziplinen als sinnvoll erachtet. Mehrere ärztliche TeilnehmerInnen wünschten sich weniger starre Vorgaben zur Benennung der Todesursache und im Gegenzug mehr Platz für epikritische Angaben. Dies steht im Kontrast zu einer Studie von Bajanowski et al. (2010), in der festgestellt wurde, dass nur bei 15 % von insgesamt 502 untersuchten Todesbescheinigungen überhaupt epikritische Angaben gemacht wurden (57). Erklären lässt sich diese Diskrepanz möglicherweise dadurch, dass ÄrztInnen, die sich zur Teilnahme an einer Studie zum Thema Leichenschau bereit erklären, die Leichenschau und das Ausfüllen der Todesbescheinigung grundsätzlich als wichtige Aufgabe erachten und dementsprechend sicherstellen wollen, dass die ausgestellte Todesbescheinigung vollständig und plausibel ist. Eine völlige Reduktion der Angaben zur Todesursache auf die Epikrise, wie von manchen TeilnehmerInnen angeregt, ist mit den Empfehlungen der WHO zur Erhebung von Todesursachenstatistiken nicht vereinbar (88).

Bei der Gestaltung der eTB sollen planmäßig ganz ähnliche Aspekte adressiert werden wie in den Fokusgruppeninterviews vorgeschlagen (97, 99). Eine einfachere Strukturierung und Handhabung sowie kontextsensitives Einblenden von Fragen sind geplant. Auch im Hinblick auf die Lesbarkeit sowie die Vermeidung von Formfehlern (Kontrolle auf Vollständigkeit und Plausibilität) kann die geplante eTB als vielversprechend erachtet werden (99).

Schließlich ließen sich aus den Aussagen der TeilnehmerInnen Schwierigkeiten in Bezug auf die Nennung von Infektionserkrankungen und damit in Verbindung stehenden Schutzvorkehrungen in der Todesbescheinigung ableiten. Auch Schöpfer et al. (2019) stellten dies in einer Studie fest. Die Schwierigkeiten mit dem Feld zu Infektionskrankheiten erklärten sie damit, dass durch die fehlende explizite Angabe der hier einschlägigen Erkrankungen ein Handlungsspielraum geschaffen werde, der Unsicherheiten fördere (130). Eine Benennung der meldepflichtigen Erkrankungen in der Todesbescheinigung wurde auch von RechtsmedizinerInnen unserer Studie vorgeschlagen. Vor diesem Hintergrund sollte bundeseinheitlich möglichst eine Änderung nach dem Vorbild der Bayerischen Todesbescheinigung erfolgen, in der die einschlägigen Erkrankungen seit Beginn des Jahres 2021 aufgelistet sind (95).

Eine Optimierung der interdisziplinären Zusammenarbeit als Maßnahme der Vereinfachung des Prozederes der Leichenschau wünschten sich insbesondere die VertreterInnen der Ermittlungsbehörden. Die im Hinblick hierauf vielversprechenden Lösungsansätze (einheitliche Legaldefinitionen der Todesarten, Indikationskatalog für Obduktionen) wurden bereits in Teil I der Arbeit diskutiert (Abschnitt 4.1.3). Zur Verbesserung der telefonischen Kommunikation könnten bereits einfache Maßnahmen Abhilfe schaffen,

wie die Einführung eines Feldes mit der konkreten Abfrage der Telefonnummer sowie Angabe des ärztlichen Namens in Druckbuchstaben (ähnlich einem Überweisungsträger). Die Problematik, dass KlinikärztInnen bei Aufsuchen des Krankenhauses durch die Polizei oftmals nicht greifbar sind, lässt sich voraussichtlich nicht lösen.

#### **4.4.4 Lg4: Delegieren der Tätigkeit**

Wie in Abschnitt 3.3.13.1 ausgeführt, wurden im Rahmen der Fokusgruppeninterviews kontroverse Einstellungen zum Thema der qualifizierten Leichenschau geäußert. Dies deckt sich mit den diesbezüglich vertretenen Meinungen in der Politik sowie der wissenschaftlichen Literatur (85, 86). Vorteile eines solchen Modells sind die neutrale Sichtweise sowie die thanatologischen und rechtlichen Fachkenntnisse der nicht in die Behandlung eingebundenen und speziell qualifizierten Leichenschau-ÄrztInnen (86). Ein großer anzunehmender Nachteil, der von unseren StudienteilnehmerInnen erkannt wurde und auch in der Literatur immer wieder genannt wird, ist die Tatsache, dass behandelnde ÄrztInnen ihre PatientInnen und deren Vorgeschichte sowie Vorbefunde besser kennen und einschätzen können als eine Person, die sich diese Informationen zunächst noch einholen muss (68, 86, 100, 133). Weiterhin dürfte sich nachteilig auswirken, dass die qualifizierte Leichenschau in der Form, wie sie z. B. in Bremen aktuell durchgeführt wird, in der Regel nicht am Sterbeort der Person stattfindet, die Leichenschau-ÄrztInnen somit den Fundort und die Umgebung des Leichnams als wichtige Zusatzinformationen nicht kennen (100). Als überzeugendstes Argument gegen die qualifizierte Leichenschau wird angeführt, dass auch speziell qualifizierte ÄrztInnen die Todesursache in aller Regel nicht durch eine alleinige äußere Inspektion feststellen können (86, 101). Die Obduktion eines Leichnams mit Vornahme weiterführender, z. B. histologischer und toxikologischer Untersuchungen stellt die valideste Form der Todesursachendiagnostik dar (63-65, 109). Mögliche Maßnahmen zur Erhöhung der Obduktionsquoten in Deutschland wurden in den Abschnitten 1.5.6 und 4.1.3 vorgestellt.

Eine weitere im Rahmen der Interviews diskutierte Option bestand in der Ausweitung der zweiten Leichenschau auf alle (natürlichen) Todesfälle. Diese ist ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung, wie in Teil I der Arbeit sowie in anderen Studien festgestellt wurde (25, 27, 31, 32, 57). Allerdings muss mitbedacht werden, dass diese gewissen Limitationen unterliegt (Erläuterung in Abschnitt 1.2) und dass in ihrem Rahmen lediglich eine Plausibilitätskontrolle von Todesart und -ursache stattfinden können (86). Zudem müssten Personal- und Kostenfragen einer Ausweitung der Kremationsleichen-

schau geklärt werden. In jedem Fall empfehlenswert wäre aus unserer Sicht die Etablierung von einheitlich angewendeten Kriterien, die eine Überprüfung der Todesart im Rahmen der zweiten Leichenschau indizieren (25).

## 4.5 Schlussfolgerungen

Eine Optimierung der Qualität der ärztlichen Leichenschau wird schon seit Jahrzehnten angestrebt, bisher jedoch ohne durchschlagenden Erfolg, wie zahlreiche Studien zu ärztlichen Fehlern bei der Leichenschau belegen. Einige vielversprechende Verbesserungsansätze finden sich bereits in der Umsetzung, wie die Entwicklung einer bundeseinheitlichen, elektronischen Todesbescheinigung, allerdings bestehen gleichzeitig noch vielfältige ungelöste Probleme auf unterschiedlichen Ebenen. Möglichst viele dieser Probleme sollten adressiert werden, um langfristig doch noch eine zufriedenstellende Leichenschauqualität zu erreichen, die für persönliche Belange von Verstorbenen und deren Angehörigen, gesundheitspolitische Entscheidungen und die Rechtsstaatlichkeit von großer Bedeutung ist.

Für die Optimierung des deutschen Leichenschausystems sind die Ergebnisse der beiden Teile der vorliegenden Arbeit relevant. Zum einen wurden wesentliche Erkenntnisse über Probleme an Schnittstellen der zweiten Leichenschau gewonnen, die wichtige Rückschlüsse auf Optimierungsbedarfe der ersten Leichenschau sowie der interdisziplinären Zusammenarbeit ziehen lassen. Zum anderen wurden erstmalig Problemb Berichte und Einstellungen leichenschauender ÄrztInnen und anderer in Sterbefällen involvierter Berufsdisziplinen über Fokusgruppeninterviews erfragt. Durch die qualitative Methodik konnte dabei offen und im Detail erörtert werden, welche Probleme ÄrztInnen der ersten und zweiten Leichenschau sowie VertreterInnen der Ermittlungsbehörden im Berufsalltag im Zusammenhang mit der Leichenschau am stärksten belasten, welche Verbesserungswünsche bestehen und welchen Optimierungsmöglichkeiten sie die höchste Wirksamkeit beimessen. Auf diese Weise konnten mehrere Problemkomplexe bei der Leichenschau erarbeitet werden, die bislang noch nicht in dieser Form oder mit anderer Schwerpunktsetzung aufgeführt wurden. Die wesentlichen Schlussfolgerungen unserer Arbeit sind:

- Der Fortbildungsbedarf der Ärzteschaft im Hinblick auf die Leichenschau ist immens. Bisher wurden aber noch keine Systeme etabliert, die bei allen ÄrztInnen ankommen. Pflichtfortbildungen in Form von Online-Angeboten, verpflichtende, z.B. über Qualitätsmanagementsysteme auch nachgehaltene klinikinterne Fortbildungssysteme oder eine Leichenschau-App könnten hier sinnvolle Lösungen präsentieren.

- Die Entwicklung einer elektronischen Todesbescheinigung für Deutschland stellt eine vielversprechende Maßnahme dar, da sie sich im Hinblick auf die Vereinheitlichung des Leichenschauwesens, die interdisziplinären Kommunikationsstrukturen, die praktische Durchführung der Leichenschau (z. B. kontextsensitive Felder in der Todesbescheinigung) und die Nachvollziehbarkeit der ärztlichen Aufzeichnungen positiv auswirken würde.
- Probleme der interdisziplinären Zusammenarbeit manifestieren sich vor allem in Form von Pressionen auf leichenschauende ÄrztInnen von verschiedenen Seiten sowie durch Diskussionen aufgrund grundlegend unterschiedlicher fachlicher Einschätzungen von Sterbefällen und Kommunikationsproblemen. Änderungsmöglichkeiten mit einem hohen Potential zur Verbesserung der interdisziplinären Interaktion wären bundeseinheitliche Legaldefinitionen der Todesarten, ein Indikationskatalog für Obduktionen sowie ggf. interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen.
- Situative und in der eigenen Person begründete Probleme spielen bei der Leichenschau eher eine untergeordnete Rolle und sind vielfach nicht modifizierbar.
- Ein geringes Ansehen, hohe Anforderungen, ein zum Teil hoher Arbeitsaufwand und das Nichtdrohen von Konsequenzen führen dazu, dass die Anreize, eine Leichenschau ordnungsgemäß und sorgfältig durchzuführen, gering sind. Es wird vorgeschlagen, die von Madea etablierten „*Ursachenkomplexe für die Misere der ärztlichen Leichenschau*“ (5) um den Komplex „*geringe Anreize / unattraktive ärztliche Tätigkeit*“ zu ergänzen, da dieser eine hohe Relevanz für leichenschauende ÄrztInnen hat.
- Bis Januar 2020 spielte zusätzlich die geringe Vergütung der Leichenschau eine Rolle. Wie sich die Honoraränderung auf die Qualität der Leichenschau auswirkt, bleibt abzuwarten.
- Das Modell der qualifizierten Leichenschau ist für einige, vor allem urbane Regionen ein möglicherweise praktikabler Lösungsansatz; allerdings stehen sich hier die oben ausgeführten Vor- und Nachteile gegenüber. Eine flächendeckende Einführung in Deutschland ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt kaum vorstellbar.
- Die zweite Leichenschau stellt ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung dar. Bei Klärung der noch offenen Personal- und Finanzierungsfragen wäre eine Ausweitung dieser auf alle (natürlichen) Todesfälle begrüßenswert. Verzögerungen von Kremationen könnten darüber hinaus durch verhältnismäßig einfache ärztliche Maßnahmen (klare Formulierung der Angaben in der Todesbescheinigung) verhindert werden.

Die Beachtung dieser Punkte kann einen konstruktiven Beitrag zur Optimierung des Leichenschauwesens in Deutschland leisten.

## 4.6 Limitationen

Limitationen des ersten Teils der Arbeit ergeben sich durch die allgemein reduzierte Vergleichbarkeit von Studien zur zweiten Leichenschau und durch das regionale Kollektiv. In die Studie wurden lediglich Fälle von Zweitleichenschauen im Zuständigkeitsbereich des Instituts für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf einbezogen (25). Die Ergebnisse sind vor diesem Hintergrund nur vorsichtig verallgemeinerbar.

Der zweite Teil der Arbeit weist ebenfalls Limitationen auf. Die gewählte Methodik der Fokusgruppeninterviews kann nicht den Anspruch erheben, ein realistisches Abbild der Verteilung bestimmter Einstellungen in der untersuchten Population (ÄrztInnen der ersten und zweiten Leichenschau sowie VertreterInnen der Ermittlungsbehörden) wiederzugeben. Hierzu bedarf es größer angelegter Untersuchungen (112), z. B. in Form von Fragebogenstudien. Insofern sind die im Ergebnisteil aufgeführten Zahlenangaben zu den Aussagehäufigkeiten lediglich zur Veranschaulichung für den Leser gedacht.

Die Gruppenstärke war in Relation zu den in der Literatur häufig genannten Werten eher niedrig. Bezüglich der Teilnehmerzahl wird jedoch in der Literatur darauf hingewiesen, dass *„Zufallsauswahlen einer großen Anzahl potentieller Teilnehmer und statistisch generalisierende Auswertungen wie in der quantitativen Forschung nicht realisierbar und auch nicht erforderlich“* sind (112). Bereits eine Teilnehmerzahl von drei Personen ermöglicht eine sinnvolle Gruppendiskussion (118). Zudem deckten die Gruppen ein verhältnismäßig breites Spektrum an Altersstufen, Fachrichtungen und Tätigkeitsbereichen ab (Abschnitt 3.3.1). In einem Fall konnte die vorab geplante Teilnehmerzahl von mindestens drei Personen aufgrund von geringem Rücklauf bei der Rekrutierung und Terminkoordinationsschwierigkeiten nicht eingehalten werden.

Eine weitere Limitation ergibt sich durch die Überlegung, dass grundsätzlich eher Personen an einem solchen Projekt teilnehmen, die dem Thema „ärztliche Leichenschau“ eine gewisse Bedeutung beimessen. Dadurch kann sich eine Verzerrung ergeben haben, etwa in Bezug darauf, dass die Leichenschau durch die StudienteilnehmerInnen grundsätzlich als wichtige Tätigkeit eingeschätzt wurde.

Die zu berücksichtigenden Limitationen schmälern im Kontext mit der einschlägigen Literatur jedoch nicht die Bedeutung der gewonnenen Erkenntnisse und deren Potential für die Weiterentwicklung des deutschen Leichenschauwesens.

## 5 Literatur- und Quellenverzeichnis

1. Graw M, Peschel O. Wann welche Todesart bescheinigen? MMW-Fortschritte der Medizin. 2016; 158(11): 45-8.
2. Madea B, Dettmeyer R. Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung - Kompetente Durchführung trotz unterschiedlicher Gesetzgebung der Länder. Dtsch Arztebl. 2003; 100(48): A 3161-79.
3. Madea B, Tag B, Pollak S, Jackowski C, Zollinger U. Rechtsgrundlagen der Leichenschau. Die ärztliche Leichenschau - Rechtsgrundlagen, Praktische Durchführung, Problemlösungen. 21-58. 4. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag; 2019.
4. Groß D. Sektionen in Deutschland: Historische Wurzeln, gegenwärtiger Stellenwert und aktuelle ethische Probleme. Ethik in der Medizin. 1999; 11(3): 169-81.
5. Madea B. Herkunft, Aufgaben und Bedeutung der Leichenschau. Die ärztliche Leichenschau - Rechtsgrundlagen, Praktische Durchführung, Problemlösungen. 4. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag; 2019. S. 1-19.
6. Madea B, Preuß J, Mußhoff F, Dettmeyer R. Fälschliche Todesfeststellung bei einer Lebenden mit Paroxetinintoxikation. Notfall + Rettungsmedizin. 2005; 8(8): 548-51.
7. Herff H, Loosen SJ, Paal P, Mitterlechner T, Rabl W, Wenzel V. Falsch-positive Todesfeststellungen. Der Anaesthesist. 2010; 59(4): 342-6.
8. Madea B, Weckbecker K. Feststellung der Todeszeit. Todesfeststellung und Leichenschau für Hausärzte: medizinisch, juristisch, verwaltungstechnisch richtig handeln. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2020. S. 33-9.
9. Gleich S, Viehöver S, Teipel A, Drubba S, Turlik V, Hirl B. Todesbescheinigungen – eine unterschätzte Informationsquelle für Statistik, Rechtspflege, öffentliche Gesundheit und Wissenschaft. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2019; 62(12): 1415-21.
10. Gleich S, Weber S, Kuhn J. Das Unbehagen mit der Leichenschau und der Todesursachenstatistik – A never-ending story? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2019; 62(12): 1413-4.
11. Buschner A, Grunwald-Mühlberger A. Einfluss methodischer Veränderungen auf die unikausale Todesursachenstatistik und Potenziale einer multikausalen Datengrundlage. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2019; 62(12): 1476-84.
12. Schneider NF, Müller U, Klüsener S. Sterblichkeit in Deutschland muss besser und schneller erfasst werden - Lehren aus der COVID-19-Pandemie. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2020. Online: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-68917-4>. [Zuletzt aufgerufen am: 02.10.2020].
13. Luttmann S, Eberle A, Kibele E, Ahrens W. Perspektiven für ein bundesweites Mortalitätsregister: Erfahrungen mit dem Bremer Mortalitätsindex. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2019; 62(12): 1500-9.
14. Buschner A, Kibele E, Winkelmann U, Eckert O. Neue Monatsberichte der Todesursachenstatistik–mit Fokus auf dem Nachweis von COVID-19-Sterbefallzahlen. WISTA–Wirtschaft und Statistik. 2021; 73(4): 29-41.

15. Art. 70 Abs. 1 Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG). Online: [https://www.gesetze-im-internet.de/gg/art\\_70.html](https://www.gesetze-im-internet.de/gg/art_70.html). [Zuletzt aufgerufen am: 01.03.2022].
16. Madea B. Die ärztliche Leichenschau - Rechtsgrundlagen, Praktische Durchführung, Problemlösungen. 4 Aufl.: Springer Berlin Heidelberg; 2019.
17. Dettmeyer R, Verhoff MA. Ärztliche Leichenschau in Deutschland. Rechtsmedizin. 2009; 19(6): 391-8.
18. § 2 Abs. 1 Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen des Landes Sachsen-Anhalt (BestattG LSA). Online: <https://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/bsst/document/jlr-BestattGSTpG2>. [Zuletzt aufgerufen am: 01.03.2022].
19. § 9 Abs. 1 S. 1 Gesetz über das Friedhofs- und Bestattungswesen (BestG NRW). Online: [https://recht.nrw.de/lmi/owa/br\\_bes\\_detail?sg=0&menu=0&bes\\_id=5166&anw\\_nr=2&aufgehoben=N&det\\_id=557075](https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_detail?sg=0&menu=0&bes_id=5166&anw_nr=2&aufgehoben=N&det_id=557075). [Zuletzt aufgerufen am: 01.03.2022].
20. § 2 Abs. 1 Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen (BestattG HA). Online: <https://www.landesrecht-hamburg.de/bsha/document/jlr-BestattGHA2020pP36>. [Zuletzt aufgerufen am: 01.03.2022].
21. Todesbescheinigung NRW. 2003. Online: [https://recht.nrw.de/lmi/owa/br\\_show\\_anlage?p\\_id=149](https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_show_anlage?p_id=149). [Zuletzt aufgerufen am: 28.02.2022].
22. Ondruschka B, Buschmann C. Todesfeststellung und Leichenschau im Rettungsdienst. Notfallmedizin up2date. 2019; 14(2): 153-68.
23. Bartsch A, Fischer M. Gebühren der Leichenschau. Die ärztliche Leichenschau - Rechtsgrundlagen, Praktische Durchführung, Problemlösungen. 4 Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag; 2019. S. 183-6.
24. Madea B. Feuerbestattungsleichenschau (Kremationsleichenschau) und Versorgung des Leichnams. Die ärztliche Leichenschau - Rechtsgrundlagen, Praktische Durchführung, Problemlösungen. 4 Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag; 2019. S. 187-99.
25. Küppers L, Ritz-Timme S, Hartung B. Interdisziplinäre Schnittstellen bei der zweiten Leichenschau – Probleme und Optimierungsmöglichkeiten. Zur Veröffentlichung angenommen in: Rechtsmedizin. 2022.
26. Gütegemeinschaft Feuerbestattungsanlagen. Umfrage zu Sarg- und Urnenbestattungen in Deutschland. 2021. Online: <https://feuerbestattungsanlagen-ral.de/aktuelles/>. [Zuletzt aufgerufen am: 28.02.2022].
27. Todt M. Die Leichenschau vor Kremation: Überflüssig oder wichtiges Instrument zur Aufdeckung nicht-natürlicher Todesfälle? Hannover [Dissertation]: Medizinische Hochschule Hannover; 2011.
28. Madea B, Grellner W. Feuerbestattungsleichenschau (Kremationsleichenschau) und Versorgung des Leichnams. Die ärztliche Leichenschau. 4. Auflage: Springer Verlag Berlin Heidelberg; 2019. S. 165-75.
29. Du Chesne A, Brinkmann B. Zur Qualität der Krematoriums-Leichenschau. Krematoriumsleichenschau. Lübeck: Schmidt-Römhild; 2000. S. 11-20.
30. Behrens LM, Spermhake JP, Puschel K, Schroder AS. The postmortem examination prior to cremation: Still a necessary safety measure? Leg Med (Tokyo). 2020; 43: 1-4.

31. Schröder AS, Püschel K. Krematoriumsleichenschau: Erfahrungen und rechtsmedizinische Auswertungen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2019; 62(12): 1438-45.
32. Tsokos M. Krematoriums-Leichenschau in Hamburg: prospektive Analyse der nicht zur Kremation freigegebenen Todesfälle der Jahre 1998 und 1999 nach Anhalttekriterien. Kremationsleichenschau. Lübeck: Schmidt-Römhild; 2000. S. 179-86.
33. Germerott T, Todt M, Bode-Jänisch S, Albrecht K, Breitmeier D. Die Krematoriumsleichenschau - Instrument zur Qualitätskontrolle der ärztlichen Leichenschau und Aufdeckung nichtnatürlicher Todesfälle? Archiv für Kriminologie. 2012; 230: 13-23.
34. Gesetz über das Friedhofs- und Bestattungswesen (BestG NRW) vom 17.06.2003, mit Stand vom 18.02.2022, § 15 (Fn 5), Abs. 1. Online: [https://recht.nrw.de/lmi/owa/br\\_bes\\_detail?bes\\_id=5166&aufgehoben=N&det\\_id=557081&anw\\_nr=2&menu=0&sg=0](https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_detail?bes_id=5166&aufgehoben=N&det_id=557081&anw_nr=2&menu=0&sg=0). [Zuletzt aufgerufen am: 01.03.2022].
35. § 87 Abs. 1 S. 1 Strafprozessordnung (StPO). Online: [https://www.gesetze-im-internet.de/stpo/\\_\\_\\_87.html](https://www.gesetze-im-internet.de/stpo/___87.html). [Zuletzt aufgerufen am: 01.03.2022].
36. Püschel K. Quo vadis „ärztliche Leichenschau“? Rechtsmedizin. 2009; 19(6): 389.
37. Brinkmann B, Du Chesne A. Die Misere der ärztlichen Leichenschau in der Bundesrepublik Deutschland. Medizinische Welt. 1993; 44(11): 697-701.
38. Brinkmann B, Banaschak S, Bratzke H, Cremer U, Drese G, Erfurt C, et al. Fehlleistungen bei der Leichenschau in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse einer multizentrischen Studie. . Archiv für Kriminologie. 1997; 199: 1-12.
39. Eckstein P, Schyma C, Madea B. Rechtsmedizinische Erfahrungen bei der Krematoriumsleichenschau - eine retrospektive Analyse der Jahre 1998-2008. Archiv für Kriminologie. 2010; 225: 145-58.
40. Gleich S, Schweitzer S, Kraus S, Graw M. Ärztliche Leichenschau. Rechtsmedizin. 2015; 25(6): 523-30.
41. Gleich S, Viehöver S, Stäbler P, Graw M, Kraus S. Falsch bescheinigter natürlicher Tod nach ärztlicher Leichenschau. Rechtsmedizin. 2017; 27(1): 2-7.
42. Illing G, Lessig R, Stang A. Analyse der Kodierungsqualität der Leichenschauscheine und Obduktionsraten in Chemnitz, 2010–2013. Das Gesundheitswesen. 2019; 82(4): 354-60.
43. Kronsbein K, Budczies J, Pfeiffer H, Karger B, Wittschieber D. Zur Qualität der ärztlichen Leichenschau bei todesursächlichem Schädel-Hirn-Trauma. Der Anaesthetist. 2020; 69(1): 37-48.
44. Modelmog D, Rahlenbeck S, Trichopoulos D. Accuracy of death certificates: a population-based, complete-coverage, one-year autopsy study in East Germany. Cancer Causes & Control. 1992; 3(6): 541-6.
45. Zack F, Kaden A, Riepenhausen S, Rentsch D, Kegler R, Büttner A. Fehler bei der Ausstellung der Todesbescheinigung. Rechtsmedizin. 2017; 27(6): 516-27.
46. Preuß-Wössner J, Spieß J, Meißner C, Lignitz E. Die Qualität der ärztlichen Leichenschau bei fraglich iatrogenen Todesfällen in Krankenhäusern im Einzugsgebiet des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Kiel. Rechtsmedizin. 2018; 28(5): 389-97.

47. Schönamsgruber N, Schröder C, Edler C, Püschel K, Sperhake JP, Schröder AS. Quality of external post-mortem examination and death certificates at the University Hospital in Hamburg, Germany. *Rechtsmedizin*. 2019; 29(4): 281-6.
48. Schröder A, Sperhake J. Die Todesbescheinigung im Krankenhaus- wie gut ist die Qualität? *Archiv für Kriminologie*. 2016; 238: 198-206.
49. Tröger H, Eidam J. Anlass und Ergebnisse rechtsmedizinischer Obduktionen nach Krematoriums-Leichenschau. *Krematoriums-Leichenschau*. 22. Lübeck: Schmidt-Römhild; 2000. S. 101-6.
50. Ermenc B. Comparison of the clinical and post mortem diagnoses of the causes of death. *Forensic Sci Int*. 1999; 114: 117-9.
51. Hamann J, Kaps B, Brieger P. Todesbescheinigungen zu Suiziden: Qualitätsuntersuchung auf Grundlage von Polizeiakten. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2019; 62(12): 1422-6.
52. Heide S, Stiller D, Hilbig F, Lessig R. Effizienz der Krematoriumsleichenschau im Bereich des Universitätsklinikums Halle. *Archiv für Kriminologie*. 2013; 232: 161-77.
53. Gleich S, Graw M. Sterbefälle Münchner Altenheimbewohner und betagter Allgemeinbevölkerung – ein Vergleich ausgestellter Todesbescheinigungen. *Rechtsmedizin*. 2021; 31(1): 26-34.
54. Germerott T, Vogel R, Todt M, Breitmeier D. Todesfälle im Altenheim. *Rechtsmedizin*. 2014; 24(5): 387-92.
55. Rothschild MA. Probleme bei der ärztlichen Leichenschau. *Rechtsmedizin*. 2009; 19(6): 407-12.
56. Groß D. Rezente Mängel der Leichenschau und ihre historischen Ursachen: Eine Analyse aus medizingeschichtlicher Sicht. *NTM International Journal of History & Ethics of Natural Sciences, Technology & Medicine*. 2000; 8(1): 103-15.
57. Bajanowski T, Freisleder A, Trübner K, Vennemann M, Spendlove D. Feuerbestattungsleichenschau. *Rechtsmedizin*. 2010; 20(6): 489-95.
58. Madea B. Strukturelle Probleme bei der Leichenschau. *Rechtsmedizin*. 2009; 19(6): 399-406.
59. Thode B. Leichenschau - Gefahr durch Unterfinanzierung. *Dtsch Arztebl*. 2019; 116(27-28): A 1315 - A 3.
60. Madea B. Vorwort zur 4. Auflage. *Die ärztliche Leichenschau - Rechtsgrundlagen, Praktische Durchführung, Problemlösungen*. 4 Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag; 2019. S. V-VII.
61. Madea B, Weckbecker K. Rückläufige Obduktionszahlen in Deutschland. *Todesfeststellung und Leichenschau für Hausärzte: medizinisch, juristisch, verwaltungstechnisch richtig handeln*. 1 Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag; 2020. S. 151-74.
62. Grassow-Narlik M, Wessolly M, Friemann J. Obduktionszahlen in Deutschland. *Der Pathologe*. 2017; 38(5): 422-9.
63. Brinkmann B, Du Chesne A, Vennemann B. Aktuelle Daten zur Obduktionsfrequenz in Deutschland. *Dtsch Med Wochenschr*. 2002; 127: 791-5.
64. Madea B. Autoptisch bestätigte Behandlungsfehler. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2008; 102(9): 535-41.
65. Aalten CM, Samson MM, Jansen PAF. Diagnostic errors; the need to have autopsies. *Neth J Med*. 2006; 64(6): 186-90.

66. § 9 Abs. 1a Nr 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Online: [https://www.buzer.de/9\\_KHEntgG.htm](https://www.buzer.de/9_KHEntgG.htm). [Zuletzt aufgerufen am: 17.03.2022].
67. buzer. Änderung § 25 IfSG vom 23.05.2020. 2020. Online: <https://www.buzer.de/gesetz/2148/al97940-0.htm>. [Zuletzt aufgerufen am: 01.03.2022].
68. Peschel O, Gleich S, Graw M, Hofer P. Forensischer Leichenschauendienst: Herausforderungen und Chancen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2019; 62(12): 1433-7.
69. Birkholz M. Problem Todesursache Die Leichenschau in der hausärztlichen Tätigkeit. Notfall Medizin. 2003; 29(05): 208-12.
70. Weckbecker K, Bleckwenn M. Leichenschau und Todesbescheinigung durch den Hausarzt: Probleme beim Bescheinigen vor Ort. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2019; 62(12): 1446-51.
71. Lenz K. Ärztliche Leichenschau und Totenschein – Problematik für den Hausarzt. Aachen [Dissertation]: Rheinisch-Westfälisch Technische Hochschule Aachen; 2018.
72. Weckbecker K, Bleckwenn M. Leichenschau und Todesbescheinigung durch den Hausarzt. MMW - Fortschritte der Medizin. 2022; 164(3): 48-53.
73. Madea B, Bajanowski T, Peschel O, Ritz-Timme S, Rothschild MA, Stiller D, et al. Kontinuierliche ärztliche Fortbildung zum Thema Leichenschau. Rechtsmedizin. 2011; 21(1): 51-4.
74. Schwarz C-S, Müller-Schwarz M, Yen K, Germerott T. Leichenschau: Wahrnehmungen, Erfahrungen und Compliance von Krankenhausärzten im ländlichen Raum. Rechtsmedizin. 2019; 29(5): 381-5.
75. Schröder AS, Wilmes S, Sehner S, Ehrhardt M, Kaduszkiewicz H, Anders S. Post-mortem external examination: competence, education and accuracy of general practitioners in a metropolitan area. International Journal of Legal Medicine. 2017; 131(6): 1701-6.
76. Zinka B, Koch I, Graw M, Peschel O. Ihre Erfahrungen mit der Leichenschau. MMW - Fortschritte der Medizin. 2015; 157(9): 6-7.
77. Wilmes S. Die Praxis der ärztlichen Leichenschau im ambulanten Bereich in Hamburg. Hamburg [Dissertation]: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; 2015.
78. Peters M, Tsokos M, Buschmann C. Medico-legale Aspekte der (not-)ärztlichen Leichenschau. Rechtsmedizin. 2016; 26(3): 197-210.
79. Vennemann B, Du Chesne A, Brinkmann B. Die Praxis der ärztlichen Leichenschau. DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift. 2001; 126(24): 712-6.
80. Waider H, Madea B. Zur ärztlichen und rechtlichen Problematik bei mehrfacher Todesbescheinigung. Archiv für Kriminologie. 1992; 190: 176-.
81. Hoppmann G. Die Todesbescheinigung - ein Kreuzchen der Ärzte entscheidet. Kriminalistik. 2014; 3: 155-60.
82. Madea B, Weckbecker K. Todesfeststellung und Leichenschau für Hausärzte - medizinisch, juristisch, verwaltungstechnisch richtig handeln. 1 Aufl.: Springer-Verlag GmbH; 2020.
83. Madea B. Vorwort zur 3. Auflage. Die ärztliche Leichenschau - Rechtsgrundlagen, Praktische Durchführung, Problemlösungen. 4 Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag; 2019. S. VIII.

84. Bundesärztekammer. 2002. Online: <https://www.bundesaerztekammer.de/bericht2002-2003/main/titel013.htm>. [Zuletzt aufgerufen am: 01.03.2022].
85. Arbeitsgruppe der obersten Landesgesundheitsbehörden. Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau - Bericht der Arbeitsgruppe der AOLG. 2011. Online: [https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUK Ewiji8nX-qT2AhUP3aQKHdabAocQFnoECAUQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.ms.niedersachsen.de%2Fdownload%2F59715%2FGMK\\_Bericht\\_zur\\_Verbesserung\\_der\\_Leichenschau\\_v.19.04.2011.pdf&usq=AOvVaw1-B98tBd2T2VCrrE52jADs](https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUK Ewiji8nX-qT2AhUP3aQKHdabAocQFnoECAUQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.ms.niedersachsen.de%2Fdownload%2F59715%2FGMK_Bericht_zur_Verbesserung_der_Leichenschau_v.19.04.2011.pdf&usq=AOvVaw1-B98tBd2T2VCrrE52jADs). [Zuletzt aufgerufen am: 01.03.2022].
86. Madea B, Luhmer A. Zur Person des Leichenschauers. Die ärztliche Leichenschau - Rechtsgrundlagen, Praktische Durchführung, Problemlösungen. 4. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag; 2019. S. 59-68.
87. Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin. Vorschläge der DGRM zur Verbesserung der Leichenschau und zur Aufdeckung von nicht natürlichen Todesfällen (überarbeitet und ergänzt durch den Vorstand im Oktober 2015). 2015. Online: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi80vOZ8Z\\_2AhVNIP0HHUpKCwgQFnoECAcQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.dgrm.de%2Ffileadmin%2FFPDF%2FDGRM-Vorschl%25C3%25A4ge\\_Verbesserung\\_Leichenschau\\_2009\\_2015.pdf&usq=AOvVaw1CfzuxdKMCtbB7s8CJnHaF](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi80vOZ8Z_2AhVNIP0HHUpKCwgQFnoECAcQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.dgrm.de%2Ffileadmin%2FFPDF%2FDGRM-Vorschl%25C3%25A4ge_Verbesserung_Leichenschau_2009_2015.pdf&usq=AOvVaw1CfzuxdKMCtbB7s8CJnHaF). [Zuletzt aufgerufen am: 27.02.2022].
88. Eckert O. Elektronische Kodierung von Todesbescheinigungen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2019; 62(12): 1468-75.
89. Nold S, Heide S, Bajanowski T, Anders S. Studentische Ausbildung im Fach Rechtsmedizin in Deutschland: Prüfungen und Evaluation. Rechtsmedizin. 2021; 31(5): 438-43.
90. Heide S, Lessig R, Diers V, Rönsch M, Stoevesandt D. Etablierung der Station „Leichenschau“ in SkillsLab und E-Learning. Rechtsmedizin. 2016; 26(2): 90-6.
91. Schmeling A, Kellinghaus M, Becker JC, Schulz R, Schäfer A, Pfeiffer H. A web-based e-learning programme for training external post-mortem examination in curricular medical education. International journal of legal medicine. 2011; 125(6): 857-61.
92. Ärztekammer Nordrhein. Leichenschau - Das Problem der Todesursachenfeststellung. Online: <https://www.aekno.de/aerzte/fortbildung/onlinefortbildung/freiefortbildungen/teilnehmen/leichenschau-das-problem-der-todesursachenfeststellung>. [Zuletzt aufgerufen am: 08.03.2022].
93. Interdisziplinäre Fachforum Rechtsmedizin e.V. Internet-Fernkurs „qualifizierte Leichenschau“. Online: <https://forensic-atlas.de/de-de/>. [Zuletzt aufgerufen am: 08.03.2022].
94. "Virtuelle Leichenschau" in Nordrhein-Westfalen. Online: <https://checkpoint-elearning.de/corporate-elearning/anwendungen/%22virtuelle-leichenschau%22-in-nordrhein-westfalen>. [Zuletzt aufgerufen am: 08.03.2022].
95. Plesse F, Regnat A. Informationen für Ärzte zur Änderung der bayerischen Todesbescheinigung. Bayerisches Ärzteblatt. 2021; 10: 452.

96. Todesbescheinigung Niedersachsen. 2019. Online: <https://www.nds-voris.de/jportal/jsessionid=F7E7475F552339FC9F072E7740D1B368.jp19?quelle=jlink&query=TodBeschV+ND&psml=bsvorisprod.psml&max=true&aiz=true#jlr-TodBeschVND2009V2Anlage1>. [Zuletzt aufgerufen am: 02.03.2022].
97. Eckert O, Kühl L, Vogel U, Weber S. Entwicklung einer elektronischen Todesbescheinigung für Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2019; 62(12): 1493-9.
98. Onlinezugangsgesetz - Grundlagen und Strategie. Online: <https://leitfaden.ozg-umsetzung.de/display/OZG/1+Onlinezugangsgesetz++Grundlagen+und+Strategie>. [Zuletzt aufgerufen am: 08.03.2022].
99. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. eTB-Pilotierung. Online: <https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Kooperationen-und-Projekte/eTB-Pilotierung/node.html;jsessionid=B5366BCDBA9B164BA564764C9E8E3750.internet531>. [Zuletzt aufgerufen am: 08.03.2022].
100. Cordes O. Qualifizierte Leichenschau – Erfahrungen aus Bremen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2019; 62(12): 1427-32.
101. Plenzig S, Holz F, Kettner M, Verhoff MA, Birngruber CG. Das Projekt rechtsmedizinische Leichenschau in Frankfurt am Main – Erste Leichenschau vs. Sektionsergebnisse. Rechtsmedizin. 2022; 32(1): 20-5.
102. Gesetz über das Friedhofs- und Bestattungswesen in der Freien Hansestadt Bremen (BremGBL). Online: [https://www.transparenz.bremen.de/metainformationen/gesetz-ueber-das-friedhofs-und-bestattungswesen-in-der-freien-hansestadt-bremen-vom-16-oktober-1990-66670?asl=bremen203\\_tpgesetz.c.55340.de&template=20\\_gp\\_ifg\\_meta\\_detail\\_d](https://www.transparenz.bremen.de/metainformationen/gesetz-ueber-das-friedhofs-und-bestattungswesen-in-der-freien-hansestadt-bremen-vom-16-oktober-1990-66670?asl=bremen203_tpgesetz.c.55340.de&template=20_gp_ifg_meta_detail_d). [Zuletzt aufgerufen am: 08.03.2022].
103. Walbert H. Dauerärger Hausbesuche bei Leichenschau. MMW - Fortschritte der Medizin. 2012; 154(7): 14-.
104. Madea B, Doberentz E. Die ärztliche Leichenschau. CME - Continuing Medical Education. 2020; 3(16): 9-23.
105. Zimmermann G. So wird ab 2020 die Leichenschau berechnet. MMW - Fortschritte der Medizin. 2019; 161(14): 30-1.
106. Bundesärztekammer. Fünfte Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte. Dtsch Arztebl. 2019; 116(46): 2155.
107. Gebührenordnung für Ärzte online. 2020. Online: <https://www.e-bis.de/goae/defaultFrame.htm>. [Zuletzt aufgerufen am: 07.03.2022].
108. Viehöver S, Peschel O, Graw M, Gleich S. Ordnungswidrigkeiten bei Leichenschau und Ausstellen der Todesbescheinigung. Rechtsmedizin. 2019; 29(2): 110-6.
109. Madea B. Verwaltungssektionen: Dringende Notwendigkeit. Deutsches Ärzteblatt. 2006; 103 (14)(14): 914–8.
110. Stolpe S, Stang A. Nichtinformativ Codierungen bei kardiovaskulären Todesursachen: Auswirkungen auf die Mortalitätsrate für ischämische Herzerkrankungen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2019; 62(12): 1458-67.
111. Schulz M, Mack B, Renn O. Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft - Von der Konzeption bis zur Auswertung. 1 Aufl. Wiesbaden: Springer VS; 2012.

112. Tausch AP, Menold N. Methodische Aspekte der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung: Welche Anforderungen ergeben sich aufgrund der besonderen Zielgruppen und Fragestellungen? GESIS Papers 2015 - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. 2015.
113. Prinzen K. Gruppendiskussionen und Fokusgruppeninterviews. Handbuch Methoden der Politikwissenschaft 2018. S. 1-20.
114. Helfferich C. Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2011.
115. Vogl S. Gruppendiskussion. Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 1. Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2014. S. 581-6.
116. Morgan DL, Bottorff JL. Advancing Our Craft: Focus Group Methods and Practice. Qualitative Health Research. 2010; 20(5): 579-81.
117. Morgan DL. Planning and research design for focus groups. Focus groups as qualitative research. 2. Aufl. Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Research methods; 1997. S. 31-45.
118. Kitzinger J, Barbour R. The challenge and promise of focus groups. Developing Focus Group Research. 1. Aufl. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications; 1999. S. 1-20.
119. Baur N, Blasius J. Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 1. Aufl. Wiesbaden: Springer VS; 2014.
120. Asquith, L. JA. The Effects of Group Size on the Outcome of Focus Group Sessions. Management Research News. 1997; 20(12): 1-15.
121. Przyborski A, Wohlrab-Sahr M. Forschungsdesigns für die qualitative Sozialforschung. In: Baur N, Blasius J, Hrsg. Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2014. S. 117-33.
122. Glaser BG, Holton J. Remodeling Grounded Theory. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research. 2004; 5(2).
123. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken. 12. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz-Verlag; 2015.
124. Kuckartz U, Rädiker S. Datenaufbereitung und Datenbereinigung in der qualitativen Sozialforschung. Handbuch der Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS; 2014. S. 383-96.
125. Akremi L. Stichprobenziehung in der qualitativen Sozialforschung. Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2014. S. 265-82.
126. Klusen ST. Rechtsmedizinische Prüfung der Rechtfertigung von Behandlungsfehlervorwürfen [Dissertation]: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; 2020.
127. Küppers L, Ritz-Timme S, Hartung B. Verstorben an oder mit Demenz? Die Beziehung zwischen demenzieller Erkrankung und Todesursache. DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift. 2021; 146(10): 677-82.
128. § 9 Abs. 5 Gesetz über das Friedhofs- und Bestattungswesen (BestG NRW). Online: [https://recht.nrw.de/lmi/owa/br\\_bes\\_detail?sg=0&menu=0&bes\\_id=5166&anw\\_nr=2&aufgehoben=N&det\\_id=557075](https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_detail?sg=0&menu=0&bes_id=5166&anw_nr=2&aufgehoben=N&det_id=557075). [Zuletzt aufgerufen am: 01.03.2022].
129. Klusen S, Püschel K. Behandlungsfehlervorwürfe aus rechtsmedizinischer Sicht überwiegend ungerechtfertigt. Dtsch Arztebl. 2021; 118(35-36): 599-600.

- 130.Schöpfer J, Stenik A, Eberle L, Koeppl MB, Graw M, Gleich S. Attestierung der Infektionsgefahr bei der Leichenschau. Rechtsmedizin. 2019; 29(3): 190-202.
- 131.Gleich S, Schweitzer S, Viehöver S. Gravierende Fehler bei der Leichenschau. MMW-Fortschritte der Medizin. 2016; 158(11): 49-54.
- 132.Dasch B. Die ärztliche Leichenschau – Welcher Arzt führt die Untersuchung wann und wo durch? Rechtsmedizin. 2022.
- 133.Große Perdekamp M, Pollak S, Bohnert M, Thierauf A. Äußere Leichenschau. Rechtsmedizin. 2009; 19(6): 413-7.

# 6 Anhang

## 6.1 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Überblick über die für diese Arbeit wesentlichen, in Sterbefällen agierenden Berufsdisziplinen (Pfeile = mögliche Interaktionen) .....	5
Abb. 2: Angaben der Teilnehmenden zu ihrem primären Arbeitsplatz (n = 25) .....	27
Abb. 3: Fachrichtungen der teilnehmenden erstleischenschauenden ÄrztInnen (n = 13) .....	27
Abb. 4: Geschätzte Häufigkeit der Durchführung von ersten Leichenschauen im Berufsalltag (n = 11) .....	28

## 6.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Tätigkeitsbereiche der TeilnehmerInnen (mit Überschneidungen).....	24
Tabelle 2: Kategorien zu Problemen bei der ärztlichen Leichenschau .....	29
Tabelle 3: Anzahl der Aussagen zur den Unterkategorien der Kategorie Pr1 .....	30
Tabelle 4: Anzahl der Aussagen zu Problemen bei der interdisziplinären Interaktion .	33
Tabelle 5: Anzahl der Aussagen zu situativen Problemen .....	35
Tabelle 6: Anzahl der Aussagen zu Problemen auf Seiten des Arztes / der Ärztin .....	38
Tabelle 7: Anzahl der Aussagen zur Kategorie "Geringe Anreize / unattraktive Tätigkeit" .....	40
Tabelle 8: Kategorien zu möglichen Lösungsansätzen .....	43
Tabelle 9: Anzahl der Aussagen zu Fortbildungen / mehr Anleitung als Lösungsansatz .....	44
Tabelle 10: Anzahl der Aussagen zu der Kategorie "Anreize schaffen" .....	46
Tabelle 11: Anzahl der Aussagen zur Kategorie "Prozedere vereinfachen" .....	48
Tabelle 12: Anzahl der Aussagen zur Kategorie "Aufgabe delegieren" .....	50

## **6.3 Aufklärung und Einverständnis StudienteilnehmerInnen (Teil II)**



Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Düsseldorf;  
Direktorin: Univ.-Prof. Dr. med. Stefanie Ritz-Timme

---

**Teilnehmer\*innen-Information und Einwilligungserklärung zum Forschungsvorhaben  
„Ärztliche Leichenschau - Probleme und Lösungsansätze aus der Perspektive  
involvierter Berufsgruppen“**

---

## Information

Bitte lesen Sie dieses Informationsblatt sorgfältig durch. Gerne werden wir Ihnen die unten stehenden Informationen auch mündlich mitteilen. Bitte fragen Sie uns, wenn Sie etwas nicht verstehen oder wenn Sie etwas Zusätzliches wissen möchten.

### Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

wir möchten Sie um Ihre Einwilligung zur Teilnahme an einem Forschungsvorhaben bitten. Eine entsprechende **Einwilligungserklärung** finden Sie im Anschluss an diese Informationen zu unserem Projekt.

#### Ansprechpartner:

Das vorliegende Forschungsvorhaben ist ein Projekt des Instituts für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf. Für die Durchführung sind im Institut für Rechtsmedizin Frau Prof. Dr. med. S. Ritz-Timme, Frau L. Küppers sowie Herr Dr. med. F. Mayer verantwortlich. Als persönliche Ansprechpartner stehen zur Verfügung:

#### Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Düsseldorf

**Lisa Küppers**

Tel.: 0211/81-19456; E-Mail: [lisa.kueppers@med.uni-duesseldorf.de](mailto:lisa.kueppers@med.uni-duesseldorf.de)

**Dr. med. Felix Mayer**

Tel.: 0211/81-19365; E-Mail: [felix.mayer@med.uni-duesseldorf.de](mailto:felix.mayer@med.uni-duesseldorf.de)

#### Ziel unseres Forschungsvorhabens:

Ziel der vorliegenden Studie ist eine konkrete und umfassende Problemanalyse in Bezug auf das Thema „Ärztliche Leichenschau in Deutschland“. Das Feld soll aus der Perspektive verschiedener, in der Praxis involvierter Berufsgruppen beleuchtet und mögliche Lösungsvorschläge besprochen werden. Die Ergebnisse der Studie sollen einen Beitrag zur Diskussion um die Optimierung des Leichenschausystems in Deutschland leisten.

Die Leichenschau ist eine wichtige ärztliche Aufgabe. Sie dient der sicheren Feststellung des Todes, der Identität der verstorbenen Person sowie der Todesart, Todesursache und der Todeszeit. Insbesondere die Klassifikation der Todesart ist von herausragender Bedeutung, da der leichenschauende Arzt hierdurch die Weichen für das weitere Vorgehen stellt.

In den vergangenen Jahren zeigten zahlreiche Studien hohe Fehlerquoten bei der Durchführung der Leichenschau sowie beim Ausfüllen der Todesbescheinigung auf. Das politische Interesse an einer Optimierung der Qualität der ärztlichen Leichenschau ist hoch.

Im Rahmen der vorliegenden Studie sollen Fokusgruppeninterviews mit verschiedenen in Todesfällen bzw. Todesermittlungsverfahren involvierten Berufsgruppen durchgeführt werden. Zum einen sollen Ärzte verschiedener Fachdisziplinen befragt werden, die im Berufsalltag Leichenschauen durchführen. Zum anderen sollen Staatsanwälte und Kriminalpolizisten interviewt werden, die regelmäßig Todesermittlungsverfahren leiten bzw. bearbeiten. Zusätzlich sollen Rechtsmediziner bzw. Amtsärzte befragt werden, die regelmäßig zweite Leichenschauen bei Feuerbestattung, Auslandsüberführung oder Körperspende durchführen. Über die Ergebnisse der Interviews soll analysiert werden, welche Hürden die Durchführung der Leichenschau und die Nutzung ihrer Ergebnisse im Berufsalltag erschweren, welche Hauptfehlerquellen sich dadurch ergeben und welche Lösungsansätze aus Sicht der verschiedenen involvierten Berufsgruppen sinnvoll erscheinen.

Eine detaillierte und konstruktive Auseinandersetzung mit dem Thema ist von größter politischer Bedeutung, da die Qualität der Ärztlichen Leichenschau zwar immer wieder bemängelt wird, ein effektiver und pragmatischer Optimierungsansatz bislang jedoch fehlt.

### **Ablauf des Projektes:**

Zur Teilnahme an den Fokusgruppeninterviews werden Sie von der Studienkoordination eingeladen. Dieses kann entweder im Institut für Rechtsmedizin oder in den Räumlichkeiten Ihres Arbeitsplatzes stattfinden. Das Fokusgruppeninterview wird etwa 1 bis 1,5 Stunden Ihrer Zeit in Anspruch nehmen.

Für das Projekt wurde keine Teilnehmer-Versicherung abgeschlossen. Sie sind auf dem Weg zum und vom Ort des Fokusgruppeninterviews nicht versichert.

### **Information zum Datenschutz:**

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch das Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Düsseldorf in dem genannten Forschungsvorhaben zu informieren:

#### 1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Lisa Küppers, Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Düsseldorf, Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf

Sie erreichen den Datenschutzbeauftragten des Universitätsklinikums Düsseldorf per Mail unter: [datenschutz@med.uni-duesseldorf.de](mailto:datenschutz@med.uni-duesseldorf.de)

#### 2. Erhobene Daten, Audioaufnahmen und Zwecke der Datenverarbeitung

Im Rahmen der Fokusgruppeninterviews werden Sie zu Ihrem Alter, Geschlecht, Beruf, Beschäftigungsstatus, der Berufserfahrung sowie Ihrer Fachdisziplin befragt.

Damit die Interviews ohne Zeitverzug und/oder Informationsverlust ablaufen können, werden währenddessen Tonaufnahmen angefertigt. Die Audioaufnahmen werden im Institut für Rechtsmedizin lokal gespeichert und transkribiert. Nach Umsetzung in Schriftform werden die Tonaufnahmen gelöscht. Alle angefertigten Angaben werden vollständig anonymisiert, so dass kein Rückschluss auf Ihre Person möglich ist.

Die so gewonnenen Daten werden für wissenschaftliche Publikationen und Vorträge genutzt. Die Daten werden ausschließlich zu Zwecken dieser Studie verwendet. Wir weisen darauf hin, dass bereits anonymisierte Daten/ Aufnahmen und Daten, die in wissenschaftliche Auswertungen eingeflossen sind, nicht mehr auf Wunsch gelöscht/vernichtet werden können.

#### 3. Keine Weiterleitung Ihrer Daten

Ihre Daten werden NICHT weitergeleitet. Sie verbleiben im Institut für Rechtsmedizin und werden dort lediglich von den am Projekt teilnehmenden Wissenschaftler\*innen ausgewertet.

#### 4. Speicherung Ihrer Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden unverzüglich gelöscht, sobald sie für den Zweck, zu dem sie verarbeitet wurden, nicht mehr notwendig sind oder wenn Sie Ihr Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO) ausgeübt haben. Falls gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen oder eine der Ausnahmen aus Art. 17 Abs. 3 DSGVO vorliegt, werden wir die betroffenen Daten schnellstmöglich löschen.

#### 5. Ihre Rechte

Sie haben uns gegenüber folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten (Art. 13 Abs. 2 DSGVO):

- Recht auf Auskunft,
- Recht auf Berichtigung,
- Recht auf Löschung,
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung,
- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung,
- Recht auf Datenübertragbarkeit,
- Recht auf jederzeitigen Widerruf der Einwilligung,
- Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:  
Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen  
Kavalleriestr. 2-4  
40213 Düsseldorf

Eine automatisierte Entscheidung im Einzelfall einschließlich Profiling findet nicht statt.

#### 6. Rechtsgrundlage der Verarbeitung personenbezogener Daten

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist ihre freiwillige Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a, Art. 7 DSGVO).

**Vielen Dank!**

Prof. Dr. med. Stefanie Ritz-Timme

Lisa Küppers

Dr. med. Felix Mayer



Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Düsseldorf;  
Direktorin: Univ.-Prof. Dr. med. Stefanie Ritz-Timme

---

Einwilligungserklärung zum Forschungsvorhaben „Fokusgruppeninterviews zum Thema  
**„Ärztliche Leichenschau - Probleme und Lösungsansätze aus der Perspektive involvierter  
Berufsgruppen“**

---

### Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Mir \_\_\_\_\_ (Name, Vorname),

geboren am \_\_\_\_\_ (Geburtsdatum) in \_\_\_\_\_ (Geburtsort) ist bekannt dass bei vorliegender Studie personenbezogene Daten verarbeitet werden sollen. Die Verarbeitung der Daten erfolgt nach den datenschutzrechtlichen Bestimmungen und setzt Ihre freiwillige Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 7 Datenschutz-Grundverordnung) voraus.

Ich wurde darüber informiert und stimme freiwillig zu, dass meine in der Studie erhobenen personenbezogenen Daten, insbesondere Angaben zu meinem Alter, meinem Geschlecht, meiner Fachdisziplin, meiner Berufserfahrung und meinem Beschäftigungsstatus zu den in der Informationsschrift beschriebenen Zwecken in anonymisierter Form im Institut für Rechtsmedizin verarbeitet (aufgezeichnet, gespeichert und ausgewertet) werden. Ich wurde ebenfalls darüber informiert und stimme freiwillig zu, dass während der Fokusgruppeninterviews Tonaufnahmen gefertigt werden, die nach Umsetzung in Schriftform gelöscht werden. Alle angefertigten Angaben werden vollständig anonymisiert, so dass kein Rückschluss auf meine Person möglich ist.

Eine Weiterleitung oder sonstige Zugänglichmachung meiner personenbezogenen Daten an bzw. für Dritte erfolgt nicht. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie im Rahmen einer wissenschaftlichen Publikation wird mein Name ebenfalls nicht genannt. Meine personenbezogenen Daten werden unverzüglich gelöscht, sobald sie für den Zweck, zu dem sie verarbeitet wurden, nicht mehr notwendig sind oder wenn Sie Ihr Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO) ausgeübt haben. Falls gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen oder eine der Ausnahmen aus Art. 17 Abs. 3 DSGVO vorliegt, werden wir die betroffenen Daten schnellstmöglich löschen.

Diese Einwilligung kann bis zum Abschluss der Anonymisierung der Daten (bis zum Abschluss der Transkription der Tonaufnahmen) schriftlich oder mündlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall kann ich entscheiden, ob die von mir erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke der Studie verwendet werden dürfen. Ein Widerruf nach Transkription der Tonaufnahmen ist nicht möglich.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Teilnehmers (in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Teilnehmers

#### Aufklärende Person

Der die Teilnehmer\*in wurde von mir im Rahmen eines Gesprächs über das Ziel und den Ablauf der Studie aufgeklärt. Ein Exemplar der Informationsschrift und der Einwilligungserklärung habe ich dem Teilnehmer/der Teilnehmerin ausgehändigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der aufklärenden Person (in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der aufklärenden Person

## **6.4 Kurzfragebogen sowie exemplarische Interviewleitfäden (Teil II)**

„Ärztliche Leichenschau - Probleme und Lösungsansätze aus der Perspektive involvierter Berufsgruppen“

## Kurzfragebogen

**Geschlecht:**  weiblich  männlich

**Alter:** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Hauptarbeitsplatz,  
Fachrichtung:** \_\_\_\_\_

**Beschäftigungsstatus:**  Vollzeit  Teilzeit \_\_\_\_\_%

**Berufserfahrung in Jahren:**

Allgemein \_\_\_\_\_

In der jetzigen Position \_\_\_\_\_

**Leitende Position?**  Ja  Nein

**Wie häufig führen Sie im beruflichen Alltag üblicherweise Leichenschauen durch?**

mehrmals täglich  mehrmals wöchentlich  mehrmals im Monat  seltener

**In welcher Funktion führen Sie Leichenschauen durch (Mehrfachantworten möglich)?**

Notarzt  Arzt in einer Klinik  Niedergelassener Arzt  sonstiges: \_\_\_\_\_

**Bitte schätzen Sie die Zahl der Leichenschauen, die sie pro Jahr durchführen:**

\_\_\_\_\_

## Interviewleitfaden KlinikärztInnen

### „Ärztliche Leichenschau - Probleme und Lösungsansätze aus der Perspektive involvierter Berufsgruppen“

#### Vorstellung (5 Minuten)

Vorstellung des Interviewers und des Themas, Hinweis auf Tonaufnahme.  
Frage nach Kurzfragebogen und Einverständniserklärung.

#### Allgemeines (ca. 10 Minuten)

##### Bedeutung der Leichenschau im Berufsalltag:

Wie häufig führen Sie im Berufsalltag Leichenschauen durch? In welchem Setting (z. B. periphere Station, Intensivstation, Notarztdienst)?

#### Befragung zu Problemen (30-50 Minuten)

##### Strukturelle/organisatorische Probleme

Fallen Ihnen spontan häufige strukturellen/organisatorische Hürden oder Probleme ein?

Wieviel Zeit haben Sie üblicherweise für die Durchführung der Leichenschau und das Ausfüllen der Todesbescheinigung?

Wieviel Zeit liegt üblicherweise zwischen der Benachrichtigung und dem Beginn der Leichenschau?

Kommt es vor, dass der/die Verstorbene aus klinischer Sicht tot ist, aber noch keine sicheren Todeszeichen vorhanden sind?

Kennen Sie die verstorbenen PatientInnen im Regelfall? Kommen Sie an ausreichend Informationen, wenn Sie sie nicht kennen?

Gibt es Schwierigkeiten mit der Todesbescheinigung? Sehen Sie Änderungsbedarf an dem Formular?

Gibt es weitere organisatorische/strukturelle Probleme?

##### Probleme mit anderen Disziplinen

Kommt es manchmal zu Problemen mit anderen Berufsgruppen?

Gibt es Konflikte in Bezug auf die Klassifikation der Todesart?

Wie gehen Sie mit der Schweigepflicht um? Geben Sie der Polizei Auskunft?

Wie stehen Sie zu Obduktionen?

## Institut für Rechtsmedizin

### Direktorin

Univ.-Prof. Dr. med. S. Ritz-Timme  
**Hausanschrift**

Moorenstr. 5  
Gebäude 14.84  
40225 Düsseldorf

Tel.: (0211) 81-19385  
Fax.: (0211) 81-19366  
e-mail:  
Stefanie.Ritz-Timme@med.uni-duesseldorf.de

### Rechtsmedizinische Ambulanz für Gewaltopfer (KM):

Dr. med. B. Gahr  
Tel.: (0211) 81-08019  
Fax.: (0211) 81-19366  
e-mail:  
Britta.Gahr@med.uni-duesseldorf.de

### Forensische Morphologie und Anthropologie (FM):

Dr. med. F. Mayer  
Tel.: (0211) 81-19365  
Fax.: (0211) 81-19366  
e-mail:  
Felix.Mayer@med.uni-duesseldorf.de

### Forensische Molekularbiologie (DN):

Dr. phil. nat. P. Böhme  
Tel.: (0211) 81-08019  
Fax.: (0211) 81-04567  
e-mail:  
Petra.Boehme@med.uni-duesseldorf.de

### Forensische Toxikologie (FT):

Dr. rer. med. O. Temme  
Tel.: (0211) 81-19375  
Fax.: (0211) 81-18532  
e-mail:  
RMTTox@med.uni-duesseldorf.de

### Blutalkoholuntersuchungsstelle (FT):

Dr. rer. med. O. Temme  
Tel.: (0211) 81-19382  
Fax.: (0211) 81-18532  
e-mail:  
RMTTox@med.uni-duesseldorf.de

Das Institut ist für folgende Bereiche (DN, FM, FT, KM) nach DIN EN ISO 17020 bzw. DIN EN ISO 17025 akkreditiert



Situative Probleme:

„Die Leichenschau soll am vollständig entkleideten Leichnam unter Einbezug der gesamten Körperoberfläche und aller Körperöffnungen durchgeführt werden.“ Für wie realistisch halten Sie das? Halten Sie sich daran?

Verwenden Sie Pinzetten zum Wenden der Augenlider?

Bestehen situative Probleme (z. B. schlechtes Licht, kein Platz)?

Inhaltliche/Fachliche Probleme:

Haben Sie Zweifel daran, ob Sie die Todesart korrekt eingeordnet haben?

Haben Sie Zweifel an der Korrektheit der Todesursache?

Sind Sie frei in der Entscheidung hinsichtlich der Klassifikation der Todesart?

Wie gehen Sie damit um, wenn ein multimorbider Patient verstorben ist, keine Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen, aber Sie die genaue Todesursache nicht kennen?

Wie gehen Sie vor, wenn der Tod im Zusammenhang mit oder kurz nach einem medizinischen Eingriff eingetreten ist?

Persönliche Aspekte:

Wie stehen Sie persönlich zu der Aufgabe, eine Leichenschau durchzuführen bzw. die Todesbescheinigung einer Person auszufüllen?

Ist die Leichenschau eine klassische ärztliche Tätigkeit für Sie?

Gibt es bei Sterbefällen Probleme mit Angehörigen?

Empfinden Sie Ekel beim Durchführen der Leichenschau?

Kommt es vor, dass Sie Zweifel an der eigenen Behandlung haben oder Mitschuld am Tod des / der Verstorbenen empfinden?

Fallen Ihnen ethische Probleme beim Durchführen der Leichenschau bzw. Ausfüllen der Todesbescheinigung ein?

Gibt es bei Ihnen bestimmte Aspekte der Leichenschau, in denen Sie sich unsicher fühlen? Wenn ja, welche?

Gibt es genug Fortbildungsangebote? Würden Sie diese nutzen? Welche Aspekte sollten hier insbesondere gelehrt werden?

Wurde das Thema im Studium hinreichend besprochen?

Fühlen Sie sich im Hinblick auf das Wissen zu rechtlichen Aspekten und den Ablauf von Todesermittlungsverfahren hinreichend fortgebildet?

In der Situation der Leichenschau müssen Sie eine sehr sachliche Sichtweise annehmen. Bereitet Ihnen das Probleme?

Gibt es Aspekte, die noch nicht angesprochen wurden?

**Lösungsansätze (10-20 Minuten)**

Was würde Ihnen die Leichenschau erleichtern?

Würden Sie sich Unterstützung bei der Leichenschau wünschen? Wie könnte diese aussehen?

Die Leichenschau wird ab / seit Beginn des Jahres 2020 höher vergütet. Ist das ein Anreiz für ÄrztInnen, die Leichenschau nach Vorgaben durchzuführen (vollständige Körperoberfläche, Körperöffnungen, Entkleidung etc.)?

Kennen Sie System der qualifizierten Leichenschau? – Was halten Sie davon?

Was denken Sie über Indikationskataloge für die Einschaltung der Polizei / für Obduktionen? (Beispiel: wenn der/die Verstorbene in der letzten Woche gestürzt ist und keine Bildgebung des Kopfes erfolgt ist, muss ein ungeklärter Tod bescheinigt werden.)

Was halten Sie von einer digitalen Todesbescheinigung?

Weitere Lösungsideen/Verbesserungsvorschläge?

**Institut für Rechtsmedizin**

**Interviewleitfaden Kriminalpolizei**

**„Ärztliche Leichenschau - Probleme und Lösungsansätze aus der Perspektive involvierter Berufsgruppen“**

**Vorstellung (5 Minuten)**

Vorstellung des Interviewers und des Themas, Hinweis auf Tonaufnahme.  
Frage nach Kurzfragebogen und Einverständniserklärung.

**Einleitung (ca. 25 Minuten)**

Bitte erklären Sie kurz, in welcher Form Sie mit der ärztlichen Leichenschau bzw. Todesbescheinigung zu tun haben?

**Befragung zu Problemen (30-50 Minuten)**

Erörterung von Problemen in Todesermittlungsverfahren:

Welche Hauptprobleme sehen Sie hinsichtlich der Ärztlichen Leichenschau...  
...in Kliniken?

- Gibt es für Sie regelmäßig wiederkehrende Probleme vor Ort?
- Nehmen Sie Probleme auf Seiten der Ärzteschaft wahr?
- Sind die Anteile an Fällen mit nicht natürlicher, natürlicher und ungeklärter Todesart gerechtfertigt?
- Wie ist Ihre persönliche Einschätzung zu Fällen im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen?
- Wenn sich ein übliches Risiko eines Eingriffes verwirklicht, sollte dann ein natürlicher oder nicht natürlicher Tod bescheinigt werden?

...bei HausärztInnen?

- Gibt es wiederkehrende Probleme/Konflikte mit HausärztInnen?
- Wird die Leichenschau immer ordnungsgemäß durchgeführt?
- Haben Sie Erfahrungswerte zu hausärztlichen Todesfällen im ländlichen Bereich?

**Direktorin**

Univ.-Prof. Dr. med. S. Ritz-Timme  
**Hausanschrift**

Moorenstr. 5  
Gebäude 14.84  
40225 Düsseldorf

Tel.: (0211) 81-19385  
Fax.: (0211) 81-19366  
e-mail:  
Stefanie.Ritz-Timme@med.uni-duesseldorf.de

**Rechtsmedizinische Ambulanz für Gewaltopfer (KM):**

Dr. med. B. Gahr  
Tel.: (0211) 81-08019  
Fax.: (0211) 81-19366  
e-mail:  
Britta.Gahr@med.uni-duesseldorf.de

**Forensische Morphologie und Anthropologie (FM):**

Dr. med. F. Mayer  
Tel.: (0211) 81-19365  
Fax.: (0211) 81-19366  
e-mail:  
Felix.Mayer@med.uni-duesseldorf.de

**Forensische Molekularbiologie (DN):**

Dr. phil. nat. P. Böhme  
Tel.: (0211) 81-08019  
Fax.: (0211) 81-04567  
e-mail:  
Petra.Boehme@med.uni-duesseldorf.de

**Forensische Toxikologie (FT):**

Dr. rer. med. O. Temme  
Tel.: (0211) 81-19375  
Fax.: (0211) 81-18532  
e-mail:  
RMTTox@med.uni-duesseldorf.de

**Blutalkoholuntersuchungsstelle (FT):**

Dr. rer. med. O. Temme  
Tel.: (0211) 81-19382  
Fax.: (0211) 81-18532  
e-mail:  
RMTTox@med.uni-duesseldorf.de

Das Institut ist für folgende Bereiche (DN, FM, FT, KM) nach DIN EN ISO 17020 bzw. DIN EN ISO 17025 akkreditiert



...bei NotärztInnen?

- Gibt es wiederkehrende Probleme/Konflikte im notärztlichen Bereich?
- Sind die Anteile an Fällen mit nicht natürlicher, natürlicher und ungeklärter Todesart gerechtfertigt?
- Kommt es vor, dass von Seiten der Polizei Druck auf Ärzte ausgeübt wird, eine bestimmte Todesart zu bevorzugen?
- Gibt es Probleme durch fehlende Dokumentation von Rettungsmaßnahmen?
- Wie gestaltet sich die Kommunikation mit NotärztInnen – sind diese erreichbar?

Allgemein:

- Haben Sie den Eindruck, dass ÄrztInnen die Leichenschau als verantwortungsvolle und wichtige Aufgabe wahrnehmen? Falls nein, könnte man das verbessern?
- Wird die Leichenschau aus Ihrer Sicht vollständig und regelrecht durchgeführt?
- Wie schätzen Sie das Wissen der Ärzteschaft zu Todesermittlungsverfahren ein? Wissen die ÄrztInnen, was passiert, wenn Sie einen nicht natürlichen, ungeklärten oder natürlichen Tod bescheinigen?
- Fragen ÄrztInnen nach Obduktionsergebnissen? Signalisieren Sie Interesse daran? Würden Sie ÄrztInnen Obduktionsergebnisse mitteilen?

#### Persönliche Aspekte

Wie ist Ihre Einstellung zum Thema Obduktion? Sollten mehr Verstorbene obduziert werden?

#### **Lösungsansätze (10-20 Minuten)**

Haben Sie Ideen, wie man das Leichenschausystem in Deutschland verbessern könnte?

Fallen Ihnen Anreize ein, die die Leichenschau als ärztliche Tätigkeit attraktiver machen würden?

Kennen Sie das System der qualifizierten Leichenschau? Was halten Sie davon?

Was denken Sie über Indikationskataloge für die Einschaltung der Polizei / für Obduktionen?

Welche Veränderungen würden Ihnen persönlich als TodesermittlerIn bei Ihrer Arbeit helfen?

## **6.5 Transkripte der Fokusgruppeninterviews (Teil II)**

## Interviewtranskript KlinikärztInnen

I: Meine erste Frage ist: Wie häufig führen Sie im Berufsalltag Leichenschauen durch und in welchem Setting? Also auf der Station, Intensivstation, als Notarzt oder im Palliativdienst?

KA1: Also, ich habe persönlich bis jetzt sehr wenige Leichenschauen durchgeführt, da ich auf Normalstation und zwei Jahre auch in der Forschung war. Jetzt bin ich auf der Überwachungsstation, da kommt das Thema jetzt häufiger dran. Aber auf der Normalstation habe ich seit dem klinischen Setting, dann als sozusagen diensthabende Ärztin, meistens am Wochenende Dienst gemacht. Weil, wenn am Wochenende jemand verstorben ist, dann hat man diesen Visitendienst gemacht und dann musste man die Leichenschau durchführen. Dann hat man sich aber immer einen Erfahrenen von der Überwachungsstation oder der Intensivstation dazu geholt. Man hat es nie selbst gemacht.

KA2: Also, ich habe früher schon auf der Intensivstation und dann als Notärztin häufig Totenscheine ausgestellt. Und aktuell arbeite ich als ambulante Palliativmedizinerin. Und da ist es natürlich schon so, ich sage mal im Schnitt, wöchentlich. Also es gibt auch mal zwei Wochen, wo man keinen Totenschein hat. Aber dann gibt es eben auch Wochen, in denen man mehrere oder mehrmals täglich welche ausstellt.

I: Und ambulant heißt dann auch, dass es zu Hause stattfindet?

KA2: Also das ist jetzt das Neue. Ich habe auch ein Jahr lang oder über ein Jahr lang hier in der Klinik auf der Palliativstation gearbeitet, wo man natürlich auch viele hatte. Die waren dann aber eben im Krankenhaus. Und seit drei Monaten sozusagen, oder zwei bis drei Monaten machen wir das jetzt ambulant. Und das ist eben genau bei den Patienten zu Hause, in der Wohnung oder theoretisch auch im Hospiz oder im Pflegeheim; aber so in deren normalen Wohnumfeld sozusagen.

KA3: Ich arbeite in der Orthopädie und Unfallchirurgie und führe in der Regel oder (...) mache Leichenschauen in der Regel auf Normalstation. Ich würde mal sagen, das kommt so zwei- bis dreimal im Jahr vor, dass ich das jetzt machen muss. Also klar, wenn man den Patienten kennt. Oder im Dienst, im Nachtdienst, aber auch tagsüber, je nachdem (...) mal mehr, mal weniger, aber so im Schnitt.

I: Okay. Dann wollen wir gar nicht viel Zeit verschwenden und direkt mit dem Thema Probleme anfangen. Und zwar wollte ich zuerst einmal zu strukturellen und organisatorischen Problemen fragen. Fällt Ihnen da spontan etwas ein, was an organisatorischen Dingen, zum Beispiel in der Klinik oder auch bei dem ambulanten Setting, immer wieder Probleme macht?

KA2: Also, ich kann halt aus dem palliativmedizinischen Bereich sagen, für uns ein häufiges Problem, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich sicher, dass bei uns ja auch die Versorgung der Verstorbenen einen hohen Stellenwert hat, weil es natürlich wichtig in der Trauerbewältigung der Angehörigen und der Hinterbliebenen ist. Das heißt, bei uns ist rituelles Waschen des Patienten, auch mit Angehörigen zusammen, normal und dann ist eben auch Einkleiden ein wichtiger Bestandteil, der der Pflege wichtig ist, den Angehörigen wichtig ist. Was ja auch sicherlich den Hinterbliebenen die Verarbeitung leichter macht. Und das kollidiert natürlich schon organisatorisch manchmal mit der ärztlichen Leichenschau. Das Waschen und Anziehen geht natürlich auch nur, solange die Leute noch nicht so richtig steif sind. Damit man sie eben noch anziehen, waschen kann. So dass es halt schon auch mal vorkommt, dass die Pflege schon viel weiter ist. Und schon am Versorgen, am Waschen ist, ohne dass die eigentliche Leichenschau stattgefunden hat. Das heißt, dann ist der Patient natürlich in der Lage verändert oder noch mal frisch eingecremt zum Beispiel. Was jetzt formell sicherlich nicht ganz richtig wäre, aber manchmal einfach angemessen oder die einzige Möglichkeit ist. Im Ambulanten kommt dann häufig eben noch der Zeitfaktor hinzu. Also da ist es per se so, dass wir auch erst später dazukommen können. Wir müssen ja erst einmal hinfahren zu den Angehörigen. Und dann können erstens da nochmal Veränderungen stattgefunden haben, per se im häuslichen Umfeld auch nochmal durch die Pflege (...) ansonsten auch durch die Versorgung, genau. Und das ist natürlich schon manchmal ein Problem. Umgekehrt ist es auch ein Problem, wenn ich zu schnell bin. Also heute Morgen waren wir sehr früh bei einem Patienten, der gerade auf dem Weg wo ich [auf dem Weg] dorthin war, verstorben ist. Da sind dann noch keine sicheren Todeszeichen natürlich in dem

Moment da. Und manchmal ist es dann sehr schwierig, wenn da eine sehr aufgeladene, emotionale Situation [herrscht]. So dann zu sagen: „Kein Problem. Wir warten jetzt mal ein Stündchen und gucken dann gleich mal in Ruhe.“ Also das ist auch manchmal einfach schwierig, den Angehörigen angemessen begegnen zu können und dass es dann trotzdem professionell wirkt. Das ist organisatorisch, finde ich, manchmal ein Problem.

I: Wie gehen Sie denn damit um, wenn noch keine Todeszeichen da sind? Und wie haben Sie das dann geregelt?

KA2: Ich glaube, das ist schon unterschiedlich und individuell. Ich meine, in der Regel würde ich schon sagen, kann man schon mal andere Dinge vorbereiten. Wo man dann eben versucht, wenn noch keine sicheren Todeszeichen da sind, schon mal andere Sachen vorzubereiten. Die Papiere und die Medikamente noch mal mit den Angehörigen durchgehen. Aber manchmal ist es natürlich auch wirklich schwierig, wenn es dann sehr emotional ist (...) und dann muss man sich vielleicht auch einfach drauf verlassen.

I: Wie war das früher auf der Intensivstation? Sie hatten gesagt, dort waren Sie ja auch eine Zeit lang. War das da auch ein Problem mit den sicheren Todeszeichen, dass die noch nicht da waren oder dass man irgendwie warten sollte?

KA2: Genau, auf der Intensivstation ging es deutlich leichter. Weil da haben wir ein Krankenhaus und eine Station und da kann man natürlich einfach sagen: „Wir gucken in einer Stunde nochmal.“ Also, da fahre ich ja nicht erstmal eine halbe Stunde wieder weg und eine halbe Stunde hin. Dann geht man aus dem Zimmer raus und das ist, fand ich, einfacher zu händeln auf einer Station.

I: Wie ist es bei Ihnen?

KA1: Ja, also ich persönlich fand es am Anfang schwierig, wenn man neu im Krankenhaus ist oder in der Klinik. Klar, hatte man in der Rechtsmedizin seine Vorlesung. Man hat das alles gezeigt bekommen. Aber als ich auf Station gekommen bin, hat mir niemand gezeigt, wo zum Beispiel die Totenscheine sind. Da fängt es ja schon an. Da muss man die Pflege fragen. Gott sei Dank ist die sehr kommunikativ. Die gibt einem dann halt einen Totenschein. Und man ist natürlich bei der ersten Leichenschau sehr aufgeregt. Häufig tastet man dann wahrscheinlich seinen eigenen Puls. Weil man aufgeregt ist und auch Angst hat, einen Fehler zu machen; vielleicht jemanden für tot zu erklären, der nicht tot ist. Und weil man sich unsicher ist. Und meiner Meinung nach wächst man da erst rein. Je häufiger man das gemacht hat, desto sicherer ist man sich auch. Und klar, in der Klinik hat man den Vorteil, dass man auch warten kann, wenn man sich unsicher ist. Dass man sagt okay, man geht in einer Stunde nochmal vorbei und guckt, ob dann ein gewisses Totenzeichen aufgetreten ist oder nicht. Und wenn jetzt einer zum Beispiel unter Reanimationsmaßnahmen, was bei uns in der Kardiologie nicht selten ist, unter Lucas-Reanimation eintrifft, und auch sehr jung ist, es unklar ist, warum er verstorben ist, muss ja die Kriminalpolizei dazu kommen. Weil es ist eine unklare Todesursache. Und da finde ich es auch natürlich. Man selbst beschäftigt sich sehr viel damit, hat sehr viel zu organisieren. Und gerade auf der Intensivstation, wo sehr viele kranke Patienten sind, ist es schwierig, es selbst alles zu organisieren. Deshalb ist die Pflege (...) muss man eng zusammen mit der Pflege arbeiten. Nur so denke ich, kann man das lösen. Weil die können dann telefonisch der Kriminalpolizei Bescheid sagen. Die kommt dann zu uns und leitet dann alles weitere für die Obduktion ein.

I: Und wie viel Zeit hat man für eine Leichenschau auf der Station? Also für das Ganze?

KA1: Grundsätzlich ist es ja nicht festgeschrieben. Ich glaube, jeder braucht (...) oder ich glaube, die Zeit ist individuell von Person zu Person unterschiedlich. Ich kann mich erinnern, als ich angefangen habe, habe ich, glaube ich, eine bis zwei Stunden gebraucht. Ich meine jetzt mittlerweile bin ich auch sicherer. Dann brauche ich jetzt nicht mehr zwei Stunden. Vielleicht sind es 45 Minuten oder eine Stunde, bis man das alles hat. Man muss sich natürlich viele Gedanken machen. Was ich von anderen Kollegen häufig gesehen habe, welche Fehler auch unterlaufen können, ist zum Beispiel an dem Punkt, dass man als Todesursache „Herz-Kreislauf-Stillstand“ reinschreibt. Das schreiben viele [rein]. Aber am Ende ist es ja so, dass jeder daran verstirbt. Und ich glaube, es ist auch nicht im Sinne eines Totenscheins. Aber wie gesagt, die Lehre geht da, glaube ich, ziemlich auseinander. Und ich glaube, jeder als Arzt steht da in der Selbstverantwortung. Auch in seiner Weiterbildung, glaube ich,

sollte man so differenziert sein, dass man sich damit beschäftigen muss. Und dann auch entscheiden muss, was die Todesursache ist. Klar, wird es schwierig, wenn man den Patienten nicht kennt, zum Beispiel auf einer Fremdstation. Wenn man im Hausdienst ist. Man kennt den Patienten nicht. Man holt sich die Akte und dann, glaube ich, ist es schon schwieriger reinzuschreiben, was die Todesursache exakt ist. Klar haben viele Tumore. Man kann dann mutmaßen, dass es im Rahmen des Tumors ist. Gerade in der Klinik, aber das stelle ich mir persönlich schwer vor, wenn man den Patienten nicht kennt, im Hausdienst. Als Hausarzt zum Beispiel, mein Vater ist Hausarzt. Das kann ich auch sagen, der kennt seine Patienten. Da ist es wiederum einfacher, wenn man die regelmäßig betreut. Man kennt die Patienten, weiß auch die ganzen Grunderkrankungen an sich und da ist es, glaube ich, einfacher, das festzulegen.

I: Was mich jetzt noch interessieren würde: Haben Sie eine Idee, woran das liegt, dass manche Kollegen dann einfach „Herz-Kreislauf-Stillstand“ schreiben? Ist das Unsicherheit oder dass man sich nicht so richtig damit auseinandersetzen will?

KA1: Ich glaube, das ist alles zusammen. Ich habe damals sehr in Rechtsmedizin aufgepasst an der Uni. Diese Beispiele wurden dann auch genannt. Also es wurde gesagt: „Das ist falsch, wenn man das so und so macht.“ Und das war explizit eine Vorlesungsfolie, die ich auch sehr gut fand und auch mitgenommen habe. Ich weiß jetzt nicht, wie es an anderen Unis gelehrt wird. Grundsätzlich ist, glaube ich, der Fehler auch, dass man an der [Klinikname] keine richtige Einweisung bekommt oder keinen Erfahrenen mit [dabei] hat, der jetzt sagt: „Okay, guck mal das und das ist das Problem.“ Es könnte zum Beispiel eine Lungenarterienembolie sein bei einer jungen Patientin aus dem und dem Grund. Und dann hypoxisches Lungenversagen, wie auch immer. Aber Herz-Kreislauf-Stillstand ist so allgemein. Das haben alle am Ende. Und ich glaube (...) wir haben auch mit Sicherheit viele Ausländer. Vielleicht ist es auch dann die sprachliche Barriere, die dann mit ins Spiel kommt. Wo ich mir vorstellen könnte, dass das auch ein Problem auf Dauer mit Sicherheit an den Kliniken sein wird. Denn wir haben sehr wenig Deutsche jetzt bei uns in der [Abteilung]. Wir haben viele, sage ich mal, Ausländer, die kommen, die auch nicht schlecht sind. Die sind auch motiviert. Ich glaube, da ist die Sprachbarriere schon das Problem auch.

I: Wie ist es bei Ihnen an der Klinik?

KA3: Ja also grundsätzlich, organisatorisch finde ich es häufig schwierig, dass bei vielen Patienten natürlich mit einem Unfall die Kette angefangen hat, so dass häufig ein *unnatürlicher* Tod anzukreuzen ist oder festzustellen ist. Auch wenn die Patienten alt sind und Komorbiditäten haben. Dann gibt es häufig Diskussionen mit der Kripo, ob das jetzt ein *unnatürlicher* Tod ist oder nicht. Oder auch wenn Patienten Patientenverfügungen hatten, dass sie eben keine Reanimation oder etwas Ähnliches gewünscht haben, ändert das ja nichts an der Todesart. Und das führt dann schon mal zu Verwirrungen. Auch mit den Kollegen dann. Und auch was meine Vorrednerin erzählt hat oder meine Vorrednerin mit dem Waschen der Patienten. Da ist bei uns die Pflege häufig sehr schnell und sagt: „Okay, jetzt haben wir die Ärztin angerufen. Die kommt, die macht gleich die Leichenschau, aber wir machen immer alle schon mal fertig soweit.“ Und dann kommt man und dann denkt man sich: „Okay, eigentlich müsste ich jetzt die Kripo anrufen und eigentlich hätte gar nichts mehr gemacht werden dürfen.“ Das ist dann häufig auch ein organisatorisches Problem.

I: Also, was mich jetzt noch interessiert, weil es eben auch schon angesprochen wurde: Wie häufig ist es, dass man die Patienten gar nicht kennt, weil man der Dienstarzt ist und einfach nicht mit ihnen in Kontakt war?

KA3: Also ich würde mal sagen, doch, bei der Hälfte der Fälle kennt man die Patienten nicht, weil wir drei Stationen haben. Und dann muss man natürlich gerade auf der Station der Arzt gewesen sein, der die Wochen vorher da war, dass man die Patienten kennt. Also die Hälfte, denke ich, kennt man tatsächlich nicht und man muss sich erstmal reinlesen.

I: Okay. Und bekommt man dann da genug Informationen durch das Lesen oder ist es manchmal unbefriedigend?

KA3: Es ist häufig unbefriedigend. Aber selbst, wenn man den Patienten an sich kennt, ist es manchmal schwierig, auch da alle Informationen zu bekommen. Weil man den Patienten meistens ja recht kurzfristig kennt und nicht langfristig wie ein Hausarzt, sondern ein bis zwei Wochen, maximal.

I: Ich könnte mir vorstellen, dass es in der Palliativbetreuung anders ist?

KA2: Also, das ist schon in der Regel einfacher bei uns. Weil man geht ja schon mit der Erwartung an den Patienten und lernt sich auch kennen, so dass man weiß, dass es irgendwie darauf hinausläuft, früher oder später. Und dann ist die Betreuung auch mal länger oder kürzer. Und selbst wenn ich den Patienten nicht persönlich kannte und jemand anderes aus dem Team [verantwortlich] ist, ist unsere Dokumentation natürlich dahingehend meistens schon besser. Weil die Leute einfach erfahrungsgemäß eher an der Grunderkrankung dann sterben. Zum Glück.

I: Gibt es bestimmte Schwierigkeiten mit der Todesbescheinigung, mit dem Formular? Gibt es da bestimmte Stellen, wo man immer wieder denkt: „Ach, das würde ich gerne ändern!“?

KA2: Also ich würde sagen, im Grunde das, was du gerade schon angesprochen hast. Ich finde (...) also ich finde es auch aus wissenschaftlicher Sicht falsch, da reinzuschreiben: *unmittelbar zum Tode führend*. Rein wissenschaftlich kann ich das erst nach der Obduktion sagen. Ich kann nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit an etwas herangehen. Aber keiner von uns kann ja in den Patienten hineinsehen. Und selbst wenn die eine Grunderkrankung haben, kann es ja doch theoretisch etwas anderes sein. Das finde ich deshalb irgendwie nicht hilfreich. Und natürlich, man muss dieses Feld nicht ausfüllen, aber wenn es da schon ist, fühle ich mich doch unter Druck gesetzt, es auszufüllen. Und dann möchte man es ja irgendwie ordentlich machen. Und darum finde ich, also heutzutage, wo wir einfach den Ansatz haben (...) also wenn da so definitive Aussagen gemacht sind, erwarte ich, wenn ich die eintrage, dass die eigentlich auch stimmen. Darum würde ich dieses Feld (...) ich würde es am liebsten ganz weghaben und dafür diesen Freitext ein bisschen größer. Ich meine, auch gern mit dem Hinweis, dass man eine eigene Kausalkette aufstellen kann. Aber dann hätte das eher eine Wahrscheinlichkeit; und nicht diesen definitiven Status, mit wie vielen Minuten er jetzt vielleicht schon dieses Problem hatte. Der Freitext ist ja irgendwie, finde ich, viel wichtiger und aussagekräftiger eigentlich, auch für den nächsten, der kommt und das liest, das nicht kennt. Und irgendwie ehrlicher. So mein Eindruck.

I: Gibt es noch weitere Stellen in der Todesbescheinigung, die Probleme bereiten? Z. B. die Stelle mit dem Todeszeitpunkt. Macht das öfter mal Probleme? Wie gehen Sie z. B. damit um, wenn Sie nicht der erste waren, der den Tod des Patienten festgestellt hat?

KA3: Also, sagen wir mal so: Wenn ich informiert werde, dann schreibe ich mir die Uhrzeit dann auch auf. Weil ich weiß, dass ich nachher was ausfüllen muss. Aber dennoch ist es dann häufig eher der Auffindezeitpunkt, weil meistens keiner direkt dabei ist. Bei uns jetzt zumindest.

I: Und dann machen Sie das quasi so, dass Sie schreiben *Auffindezeitpunkt nach Angaben Dritter* um so und so viel Uhr?

KA3: Ja.

I: Was auch immer häufiger so ein Problem ist, ist, glaube ich, das Feld mit den übertragbaren Krankheiten.

KA3: Auf der ersten Seite die Warnhinweise?

I: Genau. Können Sie da irgendwas zu sagen, was da so die Probleme macht?

KA3: Was da gemeint ist (...) Welche übertragbaren oder welche Art übertragbarer Krankheiten da auch gemeint sind. Durch Kontakt oder wie der Übertragungsweg sein muss, damit man es ausfüllen muss.

KA2: Ich habe es irgendwann mal gegoogelt. Wirklich. Was da drunter fällt, habe dann auch da eine Liste gefunden unter Dingen. Und das sind ja nicht die (...) also, habe ich so für mich in dem Moment mitgenommen, eigentlich nicht so die Dinge, die uns so regelmäßig betreffen. Und deshalb ist das ganz selten, dass ich da auch ein *Ja* ankreuze. Ich könnte aber auch nicht immer die Hand dafür ins Feuer legen.

(Lachen.)

I: Und was schreiben Sie dann darein? Die Erkrankung oder die Schutzmaßnahmen?

KA2: Also wenn, dann die Erkrankung. Wenn es übertragbare Krankheiten sind, genau. Dann die Erkrankung sozusagen.

I: Vor der man sich schützen muss als weiterer (...)

KA2: Das ist, glaube ich ganz selten, das sind die wenigsten Sachen.

KA1: Es kommt, glaube ich, auf das Fachgebiet an, wo man arbeitet. Jetzt Infektiologen wahrscheinlich. Da sieht, es glaube ich, anders aus. Die haben dann schon mehr Maßnahmen zu treffen. Ich glaube, wahrscheinlich auch im Abtransport von den Leichen. Die müssen dann auch anders gelagert werden oder zumindest mit Vorsicht.

I: Explizit hatte ich das jetzt noch nicht gefragt, das würde mich noch interessieren: Wie viel Zeit liegt normalerweise zwischen der Benachrichtigung dass derjenige tot ist, und der Leichenschau, also insbesondere im Kliniksetting? Passiert das sofort oder vergeht da eine gewisse Zeit?

KA3: Es kommt sehr auf die Uhrzeit an. Also je nachdem, wie viel ich sonst zu tun habe, so am frühen Abend. Wenn ich dann in der Notaufnahme bin und da viele Patienten habe, die akut versorgt werden müssen, dann habe ich häufig einfach nicht die Zeit, dann sofort auf Station zu gehen. Und deshalb liegt da auch schon mal eine Stunde oder zwei dazwischen. Aber wenn es irgendwie möglich ist, komme ich zumindest einmal sofort, auch wenn es noch keine sicheren Todeszeichen gibt. Allein, weil die Krankenschwestern auf Station dann auch einmal beruhigt sind, dass jemand gekommen ist und da nachgesehen hat. Die sind dann doch sonst sehr nervös, wenn keiner sich darum schert, dass jetzt jemand gestorben ist.

KA1: Bei mir ist es davon abhängig (...) wir sind auf der Überwachungsstation, nachts zum Beispiel und dann ist die Pflege extern auf der Normalstation. Dann passiert natürlich was auf der Normalstation. Das ist davon abhängig wie stabil halt die Patienten auf der Überwachungsstation sind. Wenn da jetzt jemand in Schock geht, reanimationspflichtig werden sollte, dann kann man natürlich nicht die Station verlassen. Aber ich finde es immer sehr wichtig, das der Pflege zu kommunizieren (...) zu sagen: „Hör zu, ich komme, ich habe gerade einen Notfall. Ich schätze ungefähr, es wird eine halbe bis eine Stunde dauern.“ Ich glaube, das beruhigt auch die Pflege. Oder eben kurz vorbeigehen. Ich glaube, die Kommunikation zwischen Arzt und Pflege bei einer Leichenschau ist, finde ich, unabdingbar. Also ich glaube, man muss mit der Pflege da sehr viel kommunizieren. Sei es beim Waschen, sei es irgendwie (...) wann wird der Transport organisiert für den Patienten, um dann, weiß ich nicht (...)

I: Gibt es noch irgendwelche anderen strukturellen oder organisatorischen Probleme, die wir noch nicht hatten?

(Schweigen.)

I: Okay.

I: Dann kommen wir zu einem Thema, das auch gerade schon kurz angesprochen wurde: Probleme mit den Ermittlungsbehörden. Vor allem mit der Polizei. Gibt es da bestimmte Konflikte, die immer wieder aufkommen? Es wurde schon angedeutet.

KA3: Also ich glaube, ich habe seltener, dass ein Kriminalpolizist einfach ohne Diskussion kommt als dass er mit Diskussion kommt. Sagen wir mal so, ich diskutiere sehr viel am Telefon.

I: Und worüber?

KA3: Wo ich mein Kreuz setze. Ich habe das dann auch schon mal so kommuniziert, dass ich gesagt habe: „Ja, für mich ist der Unfall als Ursache (...) oder damit ist es für mich eine *unnatürliche* Todesart.“ Dann hat mich schon mal ein Kriminalbeamter versucht zu belehren, dass es einen Unterschied zwischen Todesart und Todesursache gibt. Das habe ich dann auch erklärt(...) ich sage: „Ja, das verstehe ich schon. Aber dennoch ist das ja nicht *natürlich*, wenn jemand an einem Treppensturz stirbt zum Beispiel.“ Und wie gesagt, gerade wenn es alte Patienten sind. Die Kripo fragt immer nach: „Was ist das denn für ein Patient? Und gibt es Hinweise auf Fremdeinwirkungen?“ Das ist ja meistens Gott sei Dank nicht der Fall. Aber dann, sobald die hören, *kein Hinweis auf Fremdeinwirkung* sind viele schon eher abgeneigt, sich da verantwortlich zu fühlen. Weil sie das dann

nicht als *unnatürlichen* [Tod] oder zumindest nicht als Fall für die Kripo empfinden. Sagen wir mal so. Und deshalb wünschen die sich dann häufig, dass ich ein Kreuz bei *natürlichem* Tod mache. Manchmal wünschen sie sich auch, dass ich ein Kreuz bei *ungeklärter* Todesursache mache, obwohl sie dann trotzdem kommen müssten. Aber da könnten sie sich eher darauf einlassen. Aber Diskussionen gibt es tatsächlich immer darüber, ob sie kommen müssen oder nicht. Fast immer.

I: Wie ist das auf der Intensivstation gewesen?

KA2: Die haben wenigstens mit uns diskutiert, weil sie, glaube ich, wussten, dass wir einfach ganz klar die Maßgabe haben, bei uns ist jeder der (...) also es ist eine operative Intensivstation (...) und demnach hat ja im Grunde jeder eine OP. Und dementsprechend war es immer *ungeklärt* und sie mussten kommen. Ich glaube, das war zum Glück wenig das Problem.

KA3: Vielleicht ist das ortsabhängig.

KA2: Ich glaube, die haben natürlich auch mega viel zu tun. Wenn ich mir das vorstelle. Wie oft wir da schon anrufen. Es gibt zwei Teams in Düsseldorf, die das machen. Die müssen jede einzelne Leiche einsammeln, denke ich mir, und das sind dann ja nicht nur unsere und das würde schon reichen. Es gibt ja noch mehr Krankenhäuser, die auch noch anrufen und dann noch die echten (...). Die tun mir schon auch ein bisschen leid. Also ich habe auch immer mal wieder [Situationen], wo ich mir denke, wo ich mich auch genötigt gefühlt habe. Immer mal wieder von denen. Das waren aber schon Ausnahmen. Aber das war zum Beispiel einmal, da hat ein Kollege, weil er es nett gemeint hat, in der Sekunde, wo die Nulllinie aufgetreten ist, schon mal direkt die Kripo angerufen. Die kamen aber eben, bevor sichere Todeszeichen da waren. Und da habe ich zu der [Kripobeamtin] gesagt: „Das tut mir leid, aber wir haben noch keine sicheren Todeszeichen. Ich kann den [Totenschein] nicht ausstellen.“ Da hat sie gesagt, das wäre jetzt mein Problem. Sie wäre da und ich müsste jetzt ein Kreuz machen. Ich sage: „Wenn Sie das sehen, dass da keine Leichenflecken sind, kann ich ja nicht vor ihren Augen ankreuzen, dass da doch welche sind.“ Also solche Diskussionen hatte ich. Ich hatte aber auch im Notarzdienst zum Beispiel, dass (...) ich hatte da eine Geschichte, da ist ein Patient zu Hause verblutet. Der ist durch eine Glastür [gestürzt], ist dann mehrere Tage in der Wohnung gewesen. Lag auf seinem Gesicht, ist ausgeblutet. Also es war eine nicht mehr so eindeutig zu identifizierende Person. Ich wusste, wer da wohnt. Ich hatte da auch einen Perso. Aber ich finde, der lag auf dem Gesicht, das war ausgeblutet. Ich hätte nicht unterschreiben können, ob er es war oder sein Kumpel. Und theoretisch hätte ihn ja jemand durch die Glastür schubsen und gehen können. Und darum habe ich halt dieses Feld *unbekannte Person* angekreuzt. Da haben die mich nachts um halb drei auf der Wache antanzen lassen und mich genötigt einzutragen, es wäre dieser Wohnungsbesitzer gewesen. Ich habe dreimal darauf hingewiesen, dass es ihr Job sei, das herauszufinden, ob er das wirklich wäre. Nein, das dürfte ich so nicht machen. Und die wurden sehr, sehr unfreundlich und wollten diese Feststellung der Person nicht übernehmen. Also das (...) das sind alles Einzelfälle. Aber immer mal wieder, wo ich dachte: „Das fand ich jetzt sehr unangenehm.“ Und eigentlich von der Polizei, die es eigentlich besser wissen müssten, dass das rechtlich nicht so 1a ist. Das fand ich dann schon erstaunlich.

I: Aber ich höre raus, dass bei Ihnen die Mehrzahl der Fälle eher unproblematisch ist? Nur so Einzelfälle (...)

KA2: Genau, also die auf der Intensivstation und beim Notarzdienst ist es ja in der Regel immer *ungeklärt*, was ich angekreuzt habe, also so in dem Setting. Und da hatte ich für dieses *ungeklärt* sehr wenig Diskussion. Vielleicht vereinzelt, aber das war jetzt nicht (...). Das ist hier die Vereinbarung und das muss hier so sein. Das ging, das fand ich jetzt nicht so schlimm.

I: Das heißt, das war auch von der Klinik vorgegeben, dass jeder, der auf Intensiv verstirbt, nach einem Eingriff *ungeklärt* verstorben ist.

KA2: Vor allem jeder Postoperative. Das war die Vereinbarung. Wenn da jetzt jemand primär hingekommen wäre und gar nicht bis zum OP gekommen wäre, dürfte man auch mal *natürlich*, ganz selten habe ich auch mal *natürlich* da angekreuzt. Aber die Vereinbarung war: jeder postoperativ (...). Und im Grunde ist es ja eine juristische Absicherung des Krankenhauses, dass wir hier keine Kurpfuscher sind, dass wir keine OP-Komplikationen vertuschen wollen. Allein deshalb war es der Klinik wichtig, dass ganz offiziell jeder dieser Patienten vorgestellt wird bei der Staatsanwaltschaft.

Und das hat natürlich dazu geführt, dass bestimmt 98% meiner Toten auf der Intensivstation bei uns als *ungeklärt* und mit Kripo gelaufen sind.

I: Gibt es so etwas bei Ihnen auch, so eine Vorgabe? (Frage an KA3 gerichtet.)

KA3: Nein, gibt es nicht. Und selbst in der Klinik gibt es unterschiedliche Ansichten dazu. Wir haben auch schon eine Fortbildung dazu in der Klinik gemacht, wie der Totenschein auszufüllen ist. Und dann gab es eine riesige Diskussion, wo selbst die Chefärzte mancher Abteilungen dagegen protestiert haben und es nicht eingesehen haben, dass das die richtige Art und Weise ist, bei diesen und jenen Eingriffen, das so auszufüllen. Weil sie dann gesagt haben: „Dann müsste ich ja ständig *unnatürlich* oder *ungeklärt* ausfüllen.“ Und dann sagt man: „Ja, genau.“ Aber das wollten sie nicht. Also von daher, diese Vorgabe gibt es nicht. Und auch diese Geschichte mit den sicheren Todeszeichen, das hatte ich auch schon tatsächlich, diese Diskussion. Weil ich habe dann (...) ich rufe meistens dann, sobald ich es weiß, bei der Kripo an, sage aber Bescheid, dass sie sich Zeit lassen können. Denn ich kann die zweite Leichenschau ja erst machen, wenn ich sichere Todeszeichen habe. Und dann können sie dann erst auch kommen. Und die kommen dann aber manchmal, wenn sie Zeit haben. Und dann sind sie da. Und dann steht man vor dem gleichen Problem.

I: Und das heißt, es ist schon regulär so, dass man erst einmal hingehet, um sich die Situation anzugucken und dann wiederkommt, nach einer definierten Zeit oder wenn sich Zeit findet?

KA3: Genau.

I: Okay. Also zeitlich definiert?

KA3: Eher wenn sich Zeit findet, würde ich sagen. Wenn man aber schon sagen kann: „Okay jetzt, es dürften schon sichere Todeszeichen da sein.“ Und dann aber, wenn man es einrichten kann.

I: Okay. Wie ist es bei Ihnen? (Frage an KA1 gerichtet.) Da sind ja auch hin und wieder Patienten nach einem Eingriff, die versterben. Gibt es da eine Vorgabe?

KA1: Ich muss sagen, zum Beispiel bei ganz alten Patienten von uns, die zum Beispiel einen Aortenklappenersatz bekommen haben, die auch relativ viele Vorerkrankungen haben, zum Beispiel auch eine schlechte Pumpfunktion, da ist es halt so, dass die auch eines *natürlichen* Todes an der Pumpfunktion versterben können. Das muss nicht unbedingt die TAVI-Prothese sein. Auf Intensivstation sieht es auch anders aus. Also meistens sind die Leute, die unter Reanimation gekommen sind, die auch jung sind, das ist dann meistens ein *unnatürlicher* Tod. Wenn man dann auch nicht weiß, warum die dann in der nächsten Stunde oder zwei verstorben sind, wird die Kriminalpolizei auf jeden Fall alarmiert. Oder auch bei Patienten, die unter Lucas-Reanimation kommen. Ich meine, da ist uns der Notarzt vorgeschaltet. Der sagt dann, er hat ihn aufgefunden und wie er den aufgefunden hat. Er selbst sagt dann auch immer, dass es *unklar* ist. Klar, weil er quasi in die Reanimationsmaßnahme dazu kommt. Er kennt den Patienten auch nicht. Das weiß er nicht. Und das übergibt er uns auf der Intensivstation. Wir kennen den Patienten auch nicht. Manchmal hat man noch nicht mal Angehörige dazu. Und da wird auch *nicht natürlicher* Tod dann angekreuzt. Und da muss ich sagen, ist bei uns die Kriminalpolizei immer nett gewesen. Also, wir hatten nie Probleme mit denen bisher. Aber jetzt bei alten Leuten, die eine TAVI haben und die jetzt Nebenerkrankungen haben, ist es bei uns nicht so: Jeder, der eine TAVI bekommen hat, ist jetzt ein *nicht natürlicher* Tod. Das ist bei uns jetzt nicht so. Man muss sagen, wir haben ein sehr altes Patientenkollektiv: 94, 93 [Jahre]. Und ich glaube irgendwann, wenn die noch weitere Erkrankungen auch am Herzen haben, es (...). Wir besprechen, also was ich sehr wichtig finde ist ja auch, wie man das mit dem Patienten von Anfang an bespricht. Die Frage ist, möchte er wiederbelebt werden und so weiter. Und ich finde da ist es ja auch häufig so: „Okay, Sie sind schwer krank. Das und das kann passieren und das kann letztendlich auch zum Tode führen.“ So ist es ja auch. Aber ich glaube nicht, durch die TAVI-Prothese selbst. Wenn man jetzt ein gutes Ultraschallbild hat, weiß, dass die Klappe sitzt und es nicht an der Klappe liegt, kann man guten Gewissens auch einfach eine andere Todesursache, die dann sinnig ist, eintragen. Also es ist, glaube ich, nicht von uns und auch von meinem Chef nicht gewollt, dass jetzt jemand oder jeder, der eine TAVI-Prothese trägt, dass der dann *nicht natürlichen* Tod, also nicht durch die OP induziert. Ich glaube, es ist davon abhängig. Es gibt natürlich auch Patienten, hatten wir vor kurzem: Anulus Ruptur im OP, mit Perikard-Tamponade und so weiter, der dann in die Chirurgie ist,

der dann verstorben ist. Das ist etwas anderes. Weil es ist eine Komplikation, die durch den Interventionalisten gemacht worden ist. Und das ist, glaube ich, was ganz anderes. Das muss auch gut dokumentiert sein. Komplikationen können ja passieren. Aber in so einem Fall ist es etwas anderes. Aber wenn die Prozedur an sich selbst gut läuft, alles schlüssig ist und die Klappe oder die Prothese auch sitzt, dann ist es, glaube ich (...). Wir hatten einmal einen Fall, den ich auch sehr komisch fand. Da war ein Patient, der war so 65. Der hatte eine RIVA-Intervention gehabt. Hat Drug-eluting-Stents bekommen, da hat die Pflege Clopidogrel als Loading dem Patienten gegeben. Und der Patient hat es nicht eingenommen. Der ist auch tot auf der Toilette aufgefunden worden. Und das war vermutlich eine Stent-Thrombose. Und weil er nicht das Clopi genommen hat, ist jetzt halt die Frage, wer daran schuld ist oder wer schuldig ist. Da haben wir auch *nicht natürlichen* Tod angekreuzt, weil es unklar ist. Ich weiß auch nicht, ob die Pflege da mitverantwortlich ist. Aber in so einem Fall ist dann halt klar, dass unser Chef dann sagt: „Also, wenn so etwas auftritt, dann kreuzen wir *nicht natürlich* auf jeden Fall an.“

I: Beim Thema Polizei möchte ich noch fragen, wie das mit der Schweigepflicht ist. Da kommt die Polizei und fragt irgendwas nach. Ist das für Sie irgendein Problem, die Information preiszugeben? Oder gibt es da irgendwelche Vorgaben von den Vorgesetzten? Oder sind Sie da eher offen?

KA2: Also, ich glaube, bei uns ist das offen. Bei uns ist das kein Problem. Wir rufen die ja letztendlich (...) Es geht ja um die Ermittlungen. Die Informationen, die sie fragen, geben wir weiter. Und in der Regel kopieren wir denen schon die aktuelle Patientengeschichte, also die oberste Seite von der Intensivkurve zum Beispiel, wo die Diagnosen draufstehen und so.

KA3: Ich habe mir da auch über Schweigepflicht noch nie Gedanken gemacht, weil tatsächlich bin ich davon ausgegangen, dass man das dann in dem Fall schon rausgibt. Und die kriegen von uns auch die Akte.

I: Es ist ja auch im Interesse des Patienten.

KA1: Ich habe mir bisher auch noch keine Gedanken darüber gemacht, muss ich ehrlich sagen. Aber jetzt, wo beim Datenschutz alles neu evaluiert wurde und man noch vorsichtiger sein müsste, dürfte man es ja eigentlich nur nach Einwilligung des Patienten machen. Den kann man aber nicht mehr befragen. Und ich denke, im Sinne der Angehörigen auch, um den Fall zu klären, ist es ganz selbstverständlich, dass man dann mit der Polizei auch kommuniziert. Zumal die Polizei auch eine gewisse Schweigepflicht nach außen hat.

I: Wie ist die Kommunikation andersherum? Ich könnte mir vorstellen, dass man ja manchmal gerne auch wissen will, was denn bei der Obduktion herauskam oder wie sich der Fall weiter entwickelt hat bei der Polizei. Kriegt man die Information? Oder haben Sie überhaupt schon mal nachgefragt in irgendeinem Fall?

KA2: Wir haben nie nachgefragt. Wir haben nie so etwas zurückbekommen.

I: Würde Sie das denn grundsätzlich interessieren oder ist es dann eher schon abgeschlossen?

KA1: Was ich ganz gut fand: Ich war im praktischen Jahr in der Schweiz als Beispiel. Und da war ich auch in der Inneren. Und hatten die einmal in der Woche [Besprechung] in der Rechtsmedizin. Ich glaube, das war fast eine Stunde. Da hatten wir eine Frühbesprechung. Und da ging es um die ganzen Obduktionsfälle. Und dann wurde jeder Fall durchgesprochen, den die quasi in die Rechtsmedizin gegeben haben. Und das fand ich sehr lehrreich für einen selbst, weil man dann auch sagen konnte: „Okay, meine Diagnose, die ich gestellt habe, war richtig.“ Und also für einen selbst ist es, glaube ich, auch ganz gut. Das fand ich sehr gut, aber das ist natürlich sehr zeitintensiv. Und es war keine Uniklinik. Jetzt weiß ich nicht, ob es im Uni-Alltag oder auch am kleinen Krankenhaus, wo jetzt sehr viel Stress auf den Stationen ist, ob es wirklich die Zeit hergibt, so eine Stunde in der Woche zu opfern. Das ist natürlich auch von dem Chef gewollt. Das ist ja auch immer die Frage, aus Eigeninteresse. Ich selbst fände es gar nicht so schlecht, dass man das macht. Man kann ja die Fälle sozusagen auch sammeln und dann auch einmal in zwei Wochen besprechen, alle zwei Wochen. Aber das ist bei uns auf jeden Fall nicht gang und gäbe. Und wir haben ja auch relativ viele Todesfälle auf der Intensivstation. Ich glaube, wenn wir da jedem hinterher telefonieren würden, dann würden wir nicht nachkommen.

KA2: Also ich fände es auch wünschenswert, wenn man per se eine Rückmeldung bekäme. Es müsste ja nicht immer eine Demonstration sein. Aber dass man zumindest, ich glaube (...), also ich vermute, dass von den Fällen, die wir melden, ja nur ein ganz geringer Teil wirklich obduziert wird. Ich denke, die allermeisten werden direkt freigegeben, nach der staatsanwaltschaftlichen Einsicht sozusagen. Also ich denke mal, dass die wenigstens obduziert werden. Aber wenn man von denen einfach ein Memo bekäme, damit man hinterher weiß: „Wie ist meine Einschätzung gewesen?“ Und ganz selten gibt es ja mal spannende Fälle. Das wäre vielleicht noch etwas anderes. Aber ich fände es schon wünschenswert, aber gerne einfach als Memo an den, der zumindest den Totenschein ausgestellt hat. Muss man ja ehrlicherweise sagen.

I: Also das verstehe ich so, das grundsätzliche Interesse wäre schon da, aber die Organisation, also noch mal nachzufragen, ist schwierig, oder?

KA2: Wo genau, bei wem?

KA3: Wo genau, bei wem? Und dann hat man nicht so viel Zeit, sich da weiter mit zu befassen und dann hat man schon wieder (...)

KA2: Durchzufragen. Ich glaube, mit einem Anruf wäre es halt nicht getan. Es wären halt mehrere. Und dann wird es halt kompliziert.

KA3: Und dann sagt man sich halt: „Na gut, dann eben doch nicht.“ Würde ich jetzt so (...)

I: Okay. Ich glaube, zum Thema Polizei habe ich erstmal alle Fragen gestellt. Vielleicht kommt gleich noch irgendwas auf. Dann würde ich gerne noch etwas zu situativen Problemen fragen. Mit *situativen Problemen* meine ich vor allem so etwas wie Lichtverhältnisse. Oder im Notarzdienst: Die Leiche liegt irgendwie ganz eingeklemmt in einer Ecke. Und es heißt ja: „Die Leichenschau soll am vollständig entkleideten Leichnam unter Einbezug der gesamten Körperoberfläche und aller Körperöffnungen durchgeführt werden.“ Für wie realistisch halten Sie das, nicht nur bei sich selbst, sondern auch vielleicht bei Kollegen, bei denen die das mitkriegen. Wird das gemacht in der Praxis? Oder werden bestimmte Dinge weggelassen?

KA3: Also ich würde schon behaupten, dass ich das eigentlich immer mache, weil ja so darauf hingewiesen wird. Ich sonst ein schlechtes Gewissen [hätte], dass ich es nicht richtig gemacht habe. Aber man braucht de facto schon eigentlich jemanden zur Hilfe. Also, wenn man das dann alleine machen möchte, dann kriegt man die Patienten ja gar nicht so gelagert, dass man sich alles anschauen kann. Und von daher könnte ich mir schon vorstellen, dass das hier und da mal bisschen weniger intensiv gemacht wird.

KA1: Ich finde, es kommt aufs Umfeld an. Ich glaube, wenn jetzt jemand auf der Straße liegt (...) und den dann komplett zu entkleiden vor allen, glaube ich, ist fehl am Platz. Dann, klar, kann man den irgendwo hinbringen, in den Rettungswagen, wie auch immer und kann es dort machen. Deshalb, ich glaube, es kommt echt auf die Situation an, wo der Patient aufzufinden ist, in dem Moment.

KA2: Meine Erfahrung aus dem Rettungsdienst, also wie ich es im Rettungsdienst gehandhabt habe, ist, dass ich bei Leichenauffindung im Rettungsdienst sowieso ja nur einen vorläufigen Totenschein ausstelle; mit dem Hinweis *Abbruch der Leichenschau aus forensischen Gründen*. Habe ich, glaube ich, immer geschrieben. Weil man ja bei den Fällen immer die Kripo sowieso mit *ungeklärt* dazu holt. Und darum habe ich zum Beispiel auf die komplette Leichenschau auch verzichtet. Und habe mich darauf berufen, einfach den sicheren Tod zu dokumentieren. Und habe das dann entsprechend übergeben, weil das dann ja quasi in der kriminalpolizeilichen Ermittlung eh nochmal aufgenommen wurde. Darum fand ich das da zum Glück meistens leichter und man kam ganz gut aus der Affäre raus, fand ich. Genau, aber so situationsbedingt auf jeden Fall. Bei uns selber ist, glaube ich, einfach häufig das Problem, wenn die Patienten dann gewaschen und mit den Angehörigen in den gewünschten zu bestattenden Klamotten angezogen sind - und sei es ein dreiteiliger Anzug - kann ich den nicht immer ausziehen. Dann ziehe ich den schon hoch und runter, so dass man wirklich alles gesehen hat. Ich würde jetzt schon vermuten, dass das in der Regel immer gemacht wird. Aber, dass man ihn jetzt wirklich noch mal komplett entkleidet (...) weil man kriegt ihn hinterher auch nicht mehr angekleidet. So ist [es], glaube ich, auch einfach ein Problem, die Situation, wenn die ganze Familie drumherum steht, im häuslichen Setting. Also ich finde, man kann sie halt nicht rausschmeißen. Ich

sage dann immer schon: „Ich muss das jetzt machen. Sie können ja gerne rausgehen“, aber ich finde, ich kann es ihnen nicht befehlen. Und z.T. wie man es von der Reanimation kennt, ist es ja gegebenenfalls für die Trauerverarbeitung der Angehörigen wichtig, dass sie das Gefühl haben, nicht rausgeschmissen zu sein und auch dableiben zu können. Die bleiben halt auch oft, daa kann ich sagen. Nicht immer, aber manche gucken auch sehr genau, was man macht. Und dann finde ich es auch manchmal etwas schwieriger, wenn da irgendjemand heulend neben einem steht, das in der Gründlichkeit zu machen, in der man es vielleicht in der Klinik macht. Auch wenn man, glaube ich, jetzt in die formalen Dinge alle schaut. Aber man macht es dann vielleicht mit weniger Ruhe oder, genau, schiebt diese Kleidung einfach nur einmal nach oben, einmal nach unten, ohne sie wirklich komplett auszuziehen, so dass man alle Bereiche sieht.

I: Haben Sie denn dann in der Regel jemanden, der Ihnen hilft, den Leichnam auch zu wenden?

KA2: Das kommt ganz darauf an. Also es kommt drauf an. Wir sind zum Teil schon eben auch mit der Pflege unterwegs und dann klappt das ja auch sehr, sehr gut. Manchmal sind es auch wirklich Angehörige, die dann helfen. Aber es gibt auch einzelne Situationen, wo man nur als Arzt ist, also rein rechtlich (...) oder was heißt rechtlich, aber (...) rein formal ist das ja eine Leistung, die nicht von der Kasse bezahlt wird, die jeder Angehörige hinterher privat zahlen muss, diesen Totenschein und die Leichenschau. Und da ist ehrlicherweise auch eine Pflege nicht mitbezahlt und dementsprechend kann man sie nicht zwingen, mit rauszufahren. Offen sind unsere trotzdem dafür, dann geht es. Aber das ist dann natürlich auch der Grund, warum man da manchmal auch alleine steht. Dann geht es halt nicht anders.

KA3: Das Problem hatte ich halt noch nie, dass ich in Anwesenheit von anderen Leuten eine Leichenschau hätte machen müssen. Gott sei Dank. Ich glaube, sonst wäre es mir (...) ginge es mir genauso.

I: Das wäre ein Thema, was ich unter diesem Aspekt noch ansprechen wollte. Die Probleme, die man mit Angehörigen hat. Das eine ist jetzt gerade deutlich geworden, dass es unangenehm ist, vor den Angehörigen die Leichenschau durchzuführen. Gibt es noch andere Dinge, die im Zusammenhang mit der Leichenschau vor Ort mit Angehörigen schwierig sind?

KA3: Eigentlich nicht, nein.

KA1: Ich glaube, wenn es ein unerwarteter Tod ist von jemand und (...) zum Beispiel hatte ich einmal den Fall, dass die Familie auf dem Weg war, um die Mutter zu besuchen. Und die Mutter war dann tot im Bett. Und ich war die Diensthabende sozusagen in der Klinik und musste dann den Angehörigen mitteilen, dass die Mutter verstorben ist. Aber ich kannte die Patientin nicht. Und mir wurde es auch nicht übergeben. Und ich kannte auch nicht die Vorerkrankung und ich glaube, das ist eine sehr unangenehme Situation. Vor allem, weil es plötzlich passiert ist, die Angehörigen nicht vorbereitet waren und ich die Patientin nicht kannte. Und ich habe versucht, dann noch irgendwie, sage ich mal, das sehr diplomatisch zu regeln, indem ich sie in einen Raum genommen habe und nicht im Flur natürlich und auch nicht in dem Patientenzimmer, sondern getrennt, und versucht habe, ein Gespräch zu führen. Nur es ist vieles auch natürlich [davon abhängig] wie emotional gerade der Angehörige in dem Moment auch ist. Und die meisten sind sehr emotional, was man auch verstehen kann. Und ich glaube, da fehlt einem gerade als junger Assistenzarzt auch die Erfahrung, solche Gespräche professionell zu führen und sich da auch nicht fertig machen zu lassen. Weil mir ging es nach dem Gespräch nicht gut. Ich habe mich da sehr schuldig gefühlt, obwohl ich gar nichts für die Situation konnte. Und ich habe das dann natürlich auch nochmal mit dem Oberarzt aus dem Leitungsteam besprochen. Das finde ich auch immer wichtig. Egal, was passiert, ob bei einer Rea, die schlecht gelaufen ist oder so, dass man so die Briefings macht, wie es auch im Rettungsdienst ist. Jetzt klar, nicht bei jeder Leichenschau. Aber wenn so etwas passieren sollte, finde ich schon, dass man das auch im Leitungsteam einer Klinik ansprechen kann und sagen kann: „Okay, was hätte ich in der Situation anders machen können?“ Und ich glaube, je mehr Erfahrung man hat, desto besser kann man damit umgehen. Und ich glaube, man kann da auch sehr viel von den Oberärzten lernen in dieser Situation. Jetzt im Kliniksetting. Ambulant kann ich leider nicht mitreden.

KA3: So eine Situation hatte ich auch mal tatsächlich. Das (...) wo du das jetzt erzählst (...) da hatten wir die Angehörigen aber nicht erreicht. Und eigentlich war [die] Leichenschau schon gemacht. Und dann kamen die aber auch, genauso zu Besuch, wussten von nichts. Das war auch ganz schrecklich.

Ganz genauso. Da weiß man gar nicht, was man sagen soll, wie man das machen soll. Vor allem, wenn man die dann abfängt vor dem Zimmer. Dann wissen die ja schon, irgendwas stimmt nicht.

I: Das passt vielleicht an der Stelle ganz gut. Ich kann mir vorstellen, es ist so schon schwer, mit den Angehörigen zu reden. Kommt man jemals dazu, irgendwie das Thema *klinische Obduktion* anzusprechen? Das wäre dann bei den *natürlichen* Todesfällen. Redet man da mit Angehörigen darüber? Oder kommt das gar nicht zur Sprache?

KA3: Tatsächlich haben bei mir schon mal einige Angehörige danach gefragt, ob das jetzt nötig ist, ob man das automatisch macht oder nicht? Und es wurde schon darüber gesprochen. Bei uns ist es ja dann meistens ein *unnatürlicher* Tod gewesen und dann bespricht man, dass es über die Staatsanwaltschaft geht. Und bei den anderen Fällen wollen meistens die Angehörigen das nicht. Das ist so mein Grundempfinden, dass die meisten Angehörigen sagen, sie möchten keine Obduktion. Würde ich jetzt behaupten.

KA1: Also ich sehe das genauso mit der Obduktion. Die meisten Angehörigen haben da auch irgendwie, ich weiß nicht, Angst davor, habe ich den Eindruck. In dem Zusammenhang vielleicht, wenn irgendwie das Leben irgendwann zu Ende geht und man sagt: „Okay, der Tod ist absehbar“, und der Patient hat jetzt nicht viele Vorerkrankungen, man könnte einige Organe entnehmen, das ist auch eine schwierige Situation dann mit Angehörigen. Wenn dann nichts dokumentiert ist. Bei uns fragt ja als erstes immer der Augenarzt an: „Können wir die Hornhaut haben?“ Das ist der erste Anruf, den man dann hat. Das ist auch immer wieder ein sehr schwieriges Thema mit den Angehörigen an dieser Stelle. Die meisten setzen sich mit diesem Thema gar nicht auseinander, finde ich. Obwohl auch dieser Organspende-Skandal und alles da war. Und damit wird man auch immer auf der Intensivstation konfrontiert. Weil die Augenärzte sehen das oder kriegen es mitgeteilt, wenn einer verstorben ist. Und die sind sehr gierig, was ich auch verstehen kann, und wollen ihre Hornhautdatenbank auch pflegen. Nur ist es natürlich für einen Angehörigen, der gerade den Tod von Mutter, Vater oder auch von einem Kind verarbeiten muss, natürlich in dem Umfeld und gerade zu diesem Zeitpunkt zu früh. Die kommen damit gar nicht zurecht. Das ist meine Erfahrung.

I: Bezieht sich das jetzt nur auf Organentnahmen oder auch auf die klinischen Sektionen?

KA1: Also klinische Sektionen, glaube ich, kommen dann ins Spiel, wenn sie denken, dass irgendein Arzt einen Fehler gemacht hat. Dann ist das wieder ein sehr großes Thema. Dann sagt man: „Okay, Sie haben doch da was falsch gemacht. Da möchte ich doch, dass derjenige obduziert wird.“ Dann sind die super pro. Aber man muss ja sagen, es ist ja auch viel davon abhängig, wie differenziert jemand von den Angehörigen ist, also intelligent oder (...) ich will jetzt (...) ja IQ kann man in dem Sinne schon sagen. Ich glaube, jemand mit einem normalen Menschenverstand, wenn man mit dem ein normales Gespräch führt, sind die meisten eigentlich abgeneigt. Es gibt immer welche, die so Medizinhetzer sind und die sich dann auch so sagen: „Ja, Sie haben da aber etwas falsch gemacht und das möchte ich jetzt nachgewiesen haben.“ Und die auch darauf bestehen, eine Obduktion zu machen. Es ist sehr selten bei uns, aber es gibt schon so ein paar Fälle.

I: Und wie ist es von Ihrer Seite aus? Sprechen Sie das direkt an oder kommt das nur zur Sprache, wenn die Angehörigen das ansprechen?

KA1: Also wir sprechen das nicht direkt an. Es sei denn, es ist ein *nicht natürlicher* Tod oder *ungeklärter* Tod.

I: Woran liegt das? Falls es da eine bestimmte Begründung gibt.

KA1: Wenn es ein *natürlicher* Tod ist, dann weiß man ja eigentlich, was die Ursache war. Und dann finde ich auch, ist es ja nicht sinnvoll, eine Obduktion zu machen. Also ich finde, die Obduktion kommt für mich dann oder ist für mich dann sinnig, wenn man die Todesursache nicht weiß und auch nicht weiß, ob eine Fremdeinwirkung stattgefunden hat. Aber das ist meine persönliche Meinung. Also ich finde, wenn es schlüssig ist, warum jemand verstorben ist und es ein *natürlicher* Tod ist, finde ich, ist die Obduktion ja nicht zielführend. Ich meine aus Forschungsgründen oder für die Lehre kann man (...)

I: Ich meine mit klinischen Sektionen die Sektion in der Pathologie, also wenn kein Fremdverschulden im Raum steht oder wenn es *natürlicher* Tod ist und es um die Frage geht, soll derjenige in der Pathologie obduziert werden.

KA1: Also, ja. Das hatte ich jetzt noch nicht. Ich weiß gar nicht, wann das überhaupt (...)

I: Dann wird das vielleicht gar nicht so diskutiert. Also normalerweise wäre es ja so, bei jedem natürlichen Tod bestünde die Möglichkeit im Krankenhaus eine pathologische Obduktion durchzuführen. Und damit das passiert, müsste man mit den Angehörigen darüber reden und sie fragen.

KA1: Aber was ist denn der Nutzen davon? Das verstehe ich immer noch nicht. Denn wenn man weiß, dass es ein *natürlicher* Tod ist, welchen zusätzlichen Nutzen hat das für mich als Kliniker oder auch für die Angehörigen. Also ich verstehe den Sinn dahinter nicht.

I: Es geht vielleicht ein bisschen zu weit, es zu erklären, aber zum Beispiel, sage ich mal, wenn man als Kliniker jetzt nicht genau weiß, ob die eigene Diagnose richtig war, unabhängig davon, ob da jetzt ein *Fremdverschulden* im Raum steht. Wenn man einen *natürlichen* Tod hat und man fragt sich: „War das jetzt wirklich der Herzinfarkt oder doch irgendwie eine Lungenembolie?“ Dann würde das Sinn machen.

KA3: Es läuft darauf hinaus, dass man immer nur mit dem höchstwahrscheinlichen Grund klagen kann und niemals den (...).

KA1: Ich hab mir persönlich da noch keine Gedanken gemacht, muss ich ehrlich sagen.

KA2: Bei uns ist das schon formal (...) also schon die offizielle Ansage, dass bei jedem Verstorbenen, wenn er *natürlich* verstorben ist, das gefragt werden muss. Das muss ich auch dokumentieren, dass ich es gefragt hab. Und dann bei allen, die in Frage kommen. Dann nochmal das mit der Hornhautspende oder so. Auf Intensiv war das meist kein Problem, weil die dann immer schon 5000 Gründe haben (...) die sind ja alle massentransfundiert bei uns. Dann hat sich das schon mal erledigt. Dann darf man schon nicht mehr Hornhautspende machen. Und auf Intensiv waren ja auch alle in der Regel *unbekannte* Todesursache. Da kam das nicht in Frage. Auf der Palliativstation haben wir dann schon auch wirklich fast immer, würde ich sagen, gefragt. Weil es, wie gesagt, auch gewünscht war, dass man es fragt. Wobei das dann, ich könnte mich gar nicht konkret an einen Fall erinnern, wo das dann wahrgenommen wurde. Wobei man ja auch sagen muss, gerade hier, auf der Palliativstation auch schon im Vorfeld, pflegen wir ja auch schon sehr diese Kultur, dass es sehr um Würde geht, auch um die Würde des Verstorbenen und dass es einfach dann häufig, glaube ich, gar nicht mehr in dieses Bild passt, auch was schon vorher mit den Angehörigen aufgebaut wird. Man arbeitet ja schon auch mit Psychologen darauf hin: Wie wird das sein, wenn er verstorben ist? Und ich glaube, dann macht man sich Gedanken: „Wir waschen ihn noch schön und dann können wir auch noch mal das Lieblingsparfüm mitbringen. Und dann können wir die nochmal schminken.“ Also das ist ja schon so, das möglichst würdevoll zu machen. Und dann glaube ich, ist so die Idee, dann glaube ich, fällt es den Angehörigen schwer, zu sagen: „Super, warum wir das alles gemacht haben? Und dann gehen wir noch einmal in die Obduktion.“ Obwohl wir sie, wie schon gesagt, gefragt haben, meistens bestimmt gefragt haben, sage ich mal so, war es, glaube ich, nicht wirklich gewünscht so. Bei der Hornhautspende, dann auch immer artig gefragt, wenn es dann in Frage kam, wenn es nicht so Tumorerkrankungen waren. Es war ja dann auch selten. Und dann hatten wir ein paarmal, dass wir Spender hatten. Ein paarmal haben wir dann auch gespendet. Aber es war auch mehrmals so, dass man denen hinterher telefoniert hat, aufs Band gesprochen hat und sonst was, und dann hat sich kein Augenarzt gemeldet. Und da war ich auch so sauer, weil die sonst immer anrufen. Die rufen ja immer an. Gerade bevor du wirklich zum Dienst bist. Das Erste was ist, das Telefon klingelt. Dann denke ich mir (...) und wenn wir dann schon Fälle haben, gefragt haben und sich die Angehörigen bereit erklären, dann musst du den Angehörigen hinterher erklären: „Ja nein, Entschuldigung, also das ging jetzt nicht.“ Und eigentlich hat sich jetzt nur der Augenarzt nicht gemeldet. Das fand ich ehrlicherweise peinlich. Aber das steht jetzt auf einem ganz anderen Blatt. Darum würde ich sagen (...) wir machen doch auch dieses komische (...) im Medico (...) steht da nicht sogar auch bei *Obduktion gefragt*. Man muss doch, glaube ich (...) mit einem Kürzel, hätte ich jetzt gesagt. Also ist schon ein bisschen her, dass ich in Medico dokumentiert habe, weil wir es ja im ambulanten [Bereich] jetzt wieder nicht machen. Ich meine, das mit der Hornhaut musst du auf jeden Fall dokumentieren, wer mit den

Angehörigen gesprochen hat und was er mit den Angehörigen besprochen hat. Obduktion ist zumindest auch mit ankreuzen mit *ja/nein*. Also so war das bei uns offiziell gewünscht, aber nicht umgesetzt häufig.

I: Dann komme ich auf ein Thema, was wir auch schon mehrfach angesprochen haben. Und zwar inhaltliche/fachliche Aspekte, wie z.B. die Frage nach der Todesart. Haben Sie oft Zweifel, dass Sie die Todesart korrekt eingeordnet haben oder ist da eigentlich (...) haben Sie in der Regel das Gefühl, das stimmt so?

KA3: Wenn ich mit mir einmal im Reinen bin, dann würde ich behaupten, ja. Ich bin ich mir eigentlich schon relativ sicher. Bei uns ist es, wie gesagt, häufig oder fast immer, dass ein Unfall als am Anfang stand. Und deshalb mache ich es mir auch vielleicht ein bisschen leicht, dass ich sage: „Ich empfinde das als auf jeden Fall mit einzubeziehen. Und deshalb bin ich mir sicher, ich kreuze jetzt da *unnatürlich* an oder eben *ungeklärt*.“ Und deshalb fühle ich mich meistens sicher.

I: Wie ist es bei Ihnen?

KA1: Da die meisten Patienten in der Klinik kardial vorerkrankt sind, ist es meistens bei uns schon ein *natürlicher Tod*, es sei denn, es ist einer unter Reanimation gekommen, der dann auch mit Notarzt kommt. Oder es sind auch Ausnahmefälle, aber wo dann die Pflege natürlich dazu beitragen muss und uns sagen muss: „Der hat jetzt seine Medikamente nicht genommen. Deshalb ist die Verdachtsdiagnose ‚Stent-Thrombose‘ und darunter dann ‚Cardiac arrest‘. Das ist, glaube ich, relativ einfach für uns herauszufinden.

I: Okay, also da bestehen keine Unsicherheiten in der Regel? Wie ist es bei Ihnen?

KA2: Ich denke auch, wenn man *natürlich* ankreuzt, dann das, glaube ich, mit gutem Gewissen. Ich glaube schon, dass gerade in der Klinik, auf Intensivstation einfach durch diese offiziellen Maßgaben dieses *ungeklärt* total overpower ist. Also ganz oft denkt man sich: „Okay, schon total klar, der war einfach voll krank. Da konntest du jetzt auch keinen Blumentopf mehr gewinnen.“ Und trotzdem muss man es dann halt (...) muss man dann *ungeklärt* ankreuzen, wo man so denkt: „Eigentlich wäre es für mich ganz klar *natürlich*.“ Aber es ist so. Aber ich glaube, umgekehrt, wo es dann auch wichtiger wäre, dass man da *natürlich* ankreuzt mit Bauchschmerzen, das [gibt es] zum Glück nicht.

I: Gibt es das vielleicht bei Kollegen? Dass da meinetwegen diskutiert wird in der Klinik, welche Todesart richtig oder falsch ist?

KA3: Wie gesagt, darüber gibt es bei uns sehr viel Diskussionen. Weil gerade mit den Komorbiditäten (...) natürlich muss nicht jeder Tod bei jedem Patienten (...) der gleiche Unfall, muss bei dem einen Patienten nicht zum Tod führen, beim anderen halt schon. Und natürlich haben die Komorbiditäten damit was zu tun. Aber das wird halt schon häufig diskutiert, dass ein multimorbider Patient, der einen Unfall hatte, dann *natürlich* gestorben ist. Auf *natürliche* Art verstorben ist. Also da gibt es viele Diskussion darüber, ja.

KA1: Ich hatte mal mit einem sehr guten Freund von mir diskutiert, der Notarzt gefahren ist. Der ist zu einem Fall gekommen; Das war eine 85jährige Patientin, die tot vorm Bett aufgefunden worden ist. Also die lag auf dem Boden und er hat dann auch gesagt *nicht natürlicher Tod*. Weil gut, man wusste nicht, was eingewirkt hat oder überhaupt. Und da hat sich damals natürlich auch die Kriminalpolizei beschwert, weil die sagen: „Okay, die ist super alt und die hat bestimmt Vorerkrankungen, die zum Tode geführt haben.“ Aber ich glaube, als Arzt ist man in der Verantwortung, die Entscheidung zu treffen. Und man muss da mit einem guten Gefühl rausgehen. Und er hat es angekreuzt, dass es ein *nicht natürlicher* Tod war. Und er ist aus der Situation gut rausgegangen, mit gutem Gewissen. Ich glaube, das zählt halt bei der Leichenschau, dass man guten Gewissens sagen kann: „Okay, ich bin damit zufrieden und ich fühle mich damit sicher.“

I: Wir hatten eigentlich jetzt schon mehrere Male gesagt, von Seiten der Polizei wird zum Teil Druck ausgeübt, dass man einen *natürlichen Tod* bescheinigen soll, dann von den Vorgesetzten wird zum Teil vorgegeben, dass man einen *ungeklärten Tod* bescheinigen soll. Gibt es noch jemanden, der Druck ausübt? Also ich denke jetzt zum Beispiel an Angehörige oder andere Fachrichtungen vielleicht.

KA3: Bei Angehörigen, würde ich behaupten, habe ich eigentlich noch nie ein Problem damit gehabt. Denen habe ich das eigentlich immer einfach erklärt, dass jetzt einfach die Umstände so sind und dass das so das Übliche ist. Dass das auch nichts mit Fremdverschulden oder so zu tun hat. Und dann sind die meisten da eigentlich verständnisvoll und sehen das ein. Vor allem sage ich dann auch direkt: „Das heißt jetzt auch nicht zwangsläufig, dass er obduziert wird oder sie.“ Da sind sie ja auch meistens schon etwas beruhigter. Ich weiß natürlich nicht, was passiert, wenn dann doch ein Patient oder ein Leichnam obduziert wird, bei denen die Angehörigen das nicht wollen. Das habe ich noch nie so mitbekommen, ob es danach noch Probleme gibt. Aber in der akuten Situation sind die meisten eigentlich damit einverstanden. Vielleicht liegt es auch daran, dass sie selber erstmal so perplex sind und gar nicht wissen, was die jetzt dazu sagen sollen, sondern das so hinnehmen, was man ihnen sagt. Mit Kollegen, das hatte ich tatsächlich schon mal. Bei einem Patienten, der bei uns mit einer Schenkelhalsfraktur, glaube ich, lag, dann reanimationspflichtig wurde, reanimiert wurde und dann erstmal noch mit ROSC auf Kardio-Intensiv gegangen ist. Und der ist dann aber nach nochmal Reanimation (...) sind die Maßnahmen dann eingestellt worden. Und der Kollege von den Kardiologen, der war sich dann schon sicher, das ist jetzt ein *natürlicher* Tod. Ich habe mich aber für den Patienten verantwortlich gefühlt, weil es eigentlich mein Patient war, der jetzt nur in der akuten Situation dann auf Kardio-Intensiv gegangen ist. Und ich habe dann auch schon Bescheid gegeben, dass in den nächsten Stunden dann die Kripo kommen könnte. Und dann kam die Kripo und die stand dann da auf der Intensivstation und der Kollege sagte: „Das ist ja ein *natürlicher* Tod.“ Und ich stand daneben: „Ja, also ich habe die Kollegen von der Polizei angerufen, weil für mich ist das erstmal so, mit dem Unfall als ursprüngliches Problem, kein *natürlicher* Tod.“ Und es gab ziemlich Diskussionen mit der Kripo. Und dann hat der eine Kripobeamte (...) der war dann mehr auf meiner Seite, der andere Kripobeamte war Seiten des Kollegen, weil dann hätten sie das Fußballspiel jetzt doch noch gucken können. Also ging es dann schon wild her. Und der Kollege, also der Kardiologe, hat wenig Verständnis für mich gehabt. Ich denke mal, weil es bei denen auch, wie gesagt, häufiger so ist, dass dann eigentlich doch ein *natürlicher* Tod angekreuzt werden kann. Also ja (...) da gab es schon mal Diskussionen.

KA2: Ich erinnere mich nur an einen Fall, da wurde nicht wirklich Druck ausgeübt von den Angehörigen. Wo die einfach ein Problem damit hatten, weil es ein Patient auf der Intensivstation war. Wir müssen natürlich *ungeklärt* [schreiben], der war jetzt auch verstorben, nachdem man halt die IZS ausgestellt hat. Ich meine, das konnte man jetzt nicht weg reden, dass da ein Eingriff war. Da hingen ja noch überall die dicken Schläuche an dem Patienten und das war halt eine muslimische Familie. Und dann erklär denen mal am Freitag: „Wir holen jetzt die Kripo, der Leichnam wird beschlagnahmt und kann dann vielleicht am Montag ein Staatsanwalt darüber nachdenken.“ Und die sagen: „Aus unserer Religion muss der in drei Tagen unter der Erde sein.“ Oder hier ist mit Nirvana schon mal gar nichts mehr. Und das war halt für die ein religiöses Problem natürlich. Also die haben jetzt nicht boshaft Druck ausgeübt, aber man hat halt gemerkt, das war halt sehr unangenehm, dass es für die aus religiösen Gründen natürlich schon auch ein Problem darstellt. Das muss man ganz klar sagen. Ja, ich meine, das ist dann halt leider so. Aber letztendlich ist es natürlich auch das, was bei den Angehörigen immer hängen bleiben wird. Und wer weiß, die müssen ja damit leben, dass er vielleicht dann nicht in den Himmel gekommen ist. Und ich glaube, das kann schon ja auch Angehörige krank machen, so ein Stück weit.

I: Dann eine andere Frage. Wie gehen Sie damit um, wenn ein ganz multimorbider Patient verstorben ist und man weiß die genaue Todesursache nicht, aber man hat eigentlich auch nicht wirklich Zweifel an einem *natürlichen* Tod. Was schreibt man dann da rein?

KA3: Da habe ich tatsächlich auch schon mal am ehesten (...) oder habe alle Vorerkrankungen mit in diesen Anamneseverlauf reingeschrieben (...) und dann eben so „am ehesten“ oder so was (...) oder mich da so ein bisschen versucht, mich frei zu äußern. Auch, dass ich dann fand, dass diese ganz engen Zwänge, die es da so gibt bei diesen Feldern, die habe ich einfach ignoriert, sage ich mal. Weil ich es dann auch nicht besser wusste. Das kommt aber, wie gesagt, selten vor. Aber das hatte ich auch einmal tatsächlich.

I: Würden die anderen zustimmen?

KA2: Bei mir kommt das zum Glück einfach, glaube ich, ganz selten vor. [Es gibt] Meistens wenigstens eine führende Erkrankung, die man dann hat oder es ist eben wirklich *ungeklärt*, weil ich den Patienten dann gar nicht lange kenne. Ist so zum Glück einfacher.

I: Okay. Dann kommen wir noch zum Thema persönliche Aspekte. Wie ist das für Sie, eine Leichenschau durchzuführen? Ganz allgemein, was ist das Erste, was Ihnen einfällt? Was ist das für eine Aufgabe für Sie? Wie würden Sie die charakterisieren?

KA3: Grundsätzlich finde ich es immer tatsächlich unangenehm. Weiß ich gar nicht, warum. Je häufiger man es macht, desto sicherer fühlt man sich, desto weniger unangenehm ist es tatsächlich. Also meine erste Leichenschau fand ich ganz schrecklich, weil ich mich ganz unsicher gefühlt habe. Danach war es halt besser. Aber kommt auch immer darauf an, in welcher Situation ich mich gerade befinde. Wie viel Stress ich habe, wie viel Zeit ich mir damit lassen kann und wie viel ich darüber nachdenke. Wenn ich direkt wieder beim nächsten Thema bin, kann ich das tatsächlich weniger (...) kann ich das distanzierter sehen und weniger an mich heranlassen. Und wenn ich viel Zeit habe, dann finde ich das an sich zwar schön, dass ich mich nicht so abhetzen muss, mich nicht so stressen muss, aber dann denke ich häufig mehr darüber nach. Und es kommt auch auf den Patienten an, wie lange ich den schon vorher kannte und (...) oder wie dramatisch ich das jetzt finde, dass er gestorben ist und oder woran er jetzt verstorben ist. Ich würde sagen, es ist immer sehr, sehr unterschiedlich.

I: Das heißt, die unangenehmen Aspekte, also habe ich jetzt rausgehört, sind Unsicherheit und dann aber auch, dass man den Patienten kannte?

KA3: Ja, manchmal oder halt eigentlich (...) also wenn Patienten lange krank sind und es absehbar ist, dass sie sterben, auch halt dass auch eine Verfügung festgehalten ist oder Ähnliches, finde ich es meistens nicht so dramatisch. Aber die unverhofft Gestorbenen, das finde ich schon (...) dann mache ich mir halt mehr Gedanken drüber. Auch, warum das jetzt so gekommen ist und was da wohl das Problem war? Und ob man es hätte ändern können und ob es gut ist, dass es jetzt so gekommen ist. Ob man (...) bei manch einem ist es vielleicht auch gar nicht schlecht, dass sie dann plötzlich verstorben sind. Genau, man macht sich dann schon eher Gedanken darum.

I: Wie ist es bei Ihnen?

KA2: Ich glaube, wie du es schon gesagt hast, ist es natürlich situationsabhängig. Also grundsätzlich finde ich es in den meisten Fällen nicht sehr unangenehm. Ich finde es eher (...) ich finde es schon einen bewegenden Moment, also ich finde, es ist auch für mich immer der Moment, wo man noch mal Abschied nimmt von dem Patienten. Also eher so ein sehr respektvoller Moment, wo man sich noch mal sieht und (...) genau. Aber es gibt Momente und ich finde, das ist eben auch situationsabhängig, wenn man die Patienten nicht kennt, ist das schon wieder eine ganz andere Situation. Bei einem Fremden hat man jetzt auch einfach nicht so den Berührungspunkt und auch wie es einem selber geht. Also wenn man irgendwie (...) zu Hause hatte ich jetzt selbst gerade einen Todesfall und eine Begleitung auch. Und dann fällt mir das auch schwerer, noch mal woanders hinzugehen und das dann in dem Moment zu machen. Man hat selbst Momente, wo man glaube ich, wo man das besser kann oder nicht kann, einfach aus dem persönlichen Bereich. Aber ich glaube, während des Studiums in der Rechtsmedizin hat dann auch irgendjemand gesagt, das fand ich so einen schönen Satz: „Das ist der letzte Dienst, den wir als Arzt auch noch mal dem Patienten machen oder geben können sozusagen.“ Und dass man das deshalb auch nicht so „husch husch“ machen sollte, sondern sich eben nochmal bewusst machen soll, das ist das letzte, was wir ihm noch Gutes tun können. Und ich glaube, darum ist es (...) also ich finde es ist eher immer so ein sehr, eher ein positiv respektvoller Moment. Aber situationsabhängig natürlich. Hat man mal solche Tage und solche Tage. Aber irgendwie sagt man auch nochmal „*tschüs*“. Und das Schöne ist ja, dass die meisten, also finde ich sehr entspannend, ja auch dann gucken. Mit dem Tod kommt diese entspannte Haltung meistens und das ist immer ein gutes Gefühl, dass man denkt: „Ach, jetzt ist es doch irgendwie gut.“ Also [das ist], finde ich schon, so auch das Gefühl, was man mitnimmt, finde ich.

KA1: Ich finde es auch situationsabhängig und auch wie der Tag gerade gelaufen ist. Ob man im Stress ist oder auch nicht. Und ich finde es auch sehr vom Alter abhängig. Zum Beispiel hatte ich jetzt zwei Patienten, einer war 17, der andere 32 und ich meine, im gleichen Alter mit mir (...) die waren halt sehr krank. Aber zum Beispiel bei der 32-Jährigen, die auch ein Tumorleiden hatte, in dem Fall Brustkrebs mit Metastasen. Die hatte drei kleine Kinder. Die drei kleinen Kinder waren dabei und die

hatten ihr halt einen Zettel in die Hand gelegt: „Du bist die beste Mama der Welt.“ Da läuft es einem kalt den Rücken runter. Und da in dieser Situation cool und lässig zu bleiben und zu sagen: „Jetzt konzentriere ich mich darauf, mache den letzten Dienst.“ und so, das ist mir nicht so gelungen, muss ich sagen. Ich bin dann kurz rausgegangen, habe erstmal mit der Pflege kommuniziert. Schwierige Situation, auch mit den Kindern und mit dem Brief. Ich brauchte noch eine halbe Stunde, musste sich das erstmal setzen lassen. Und gehe dann, wenn ich mit mir selbst im Reinen bin, noch mal rein. Also ich glaube, manchmal muss man sich nochmal zurückziehen. Man guckt sich das an und guckt sich die Situation an und wenn es dann irgendwas gibt, wo man sagt: „Okay, ich muss jetzt ganz kurz Abstand haben“, dann ist es, glaube ich, auch in Ordnung, wenn man sich noch mal für eine halbe Stunde zurückzieht. Also das hatte ich jetzt auch schon mal. Nicht weil ich Angst vor den Toten habe, sondern weil sich einfach die Situation an sich schwierig darstellt, gerade mit den kleinen Kindern, mit diesem Abschiedsbrief, auch junge Patienten. Das finde ich immer sehr, sehr schwierig. Also teilweise (...) der 17-Jährige war ja noch ein Kind, der auf der Intensivstation war. Das war auch wirklich sehr schlimm, auch mit den Eltern dann das Gespräch zu führen. Klar, wenn es, jetzt sage ich mal, ein 90-Jähriger oder 95-Jähriger ist, dann sieht man das schon ein bisschen anders und sagt: „Okay, der hat sein Leben gelebt. Der ist friedlich eingeschlafen.“ Und es kommt ja auch auf die Situation an, ob jemand sich gequält hat oder ob jemand ruhig eingeschlafen ist. Und ich glaube, wenn man den Patienten kennt und sagt: „Okay, der ist, wie gesagt, entspannt eingeschlafen“, dann geht man da, glaube ich, auch als Arzt mit einem besseren Gefühl rein und sagt: „Okay, der ist jetzt erlöst.“ So ein bisschen. Aber wenn es von der Situation (...) wenn die Situation halt hergibt: „Okay, der hat sich jetzt gequält“, und ist ein junger Patient und so, dann geht man da schon als Arzt mit einem anderen Gefühl irgendwie rein, finde ich. Also das ist so, dann ist man auch emotional.

KA2: Ich find das eigentlich gut. Ich habe das ja auch manchmal. Ich habe auch manchmal Tränen in den Augen in dem Moment, wo man da steht. Aber ich denke mir, das ist ja auch gut, dass uns das berührt. Also ich meine, wenn man also cool (...) ich finde, ich erwarte nicht von mir in dem Moment, cool zu sein. Weil ich auch denke, dass (...) ich darf mich ja auch berühren lassen. Und ist ja gut, dass es einen auch noch berührt; dass man nicht so abgestumpft ist, dass es einem egal ist. Weiß ich nicht. Ich nehme das so an mir wahr und denke: „Eigentlich ist es ja auch gut.“

KA1: Es tut einem in dem Moment auch gut. Also selbst gut. Ich glaube, wenn man das einmal so hatte, dass man das mit sich selbst so vereinbart hat und das so eine halbe Stunde wirken gelassen hat und dann Abstand nimmt, ist es auch total in Ordnung. So habe ich es immer gehandhabt und mir ging es damit natürlich besser. Aber in der Situation, dann vor den Kindern, jetzt sage ich mal, die Tränen laufen zu lassen, das ist für Kinder auch schlimm. Für den Ehemann war das schlimm, für alle war das schlimm. Obwohl man wusste, der Punkt wird kommen, wo der Tod eintrifft. Aber das war immer so, man weiß es nicht, wann das ist. Und dann in dem Zeitpunkt gerade Dienst zu haben ist dann so Pech in dem Moment. Aber auf der anderen Seite war es für mich auch gut, so etwas auch mal mitzuerleben, weil ich in dieser Situation am Anfang dachte: „Oh, ich hoffe, dir passiert das nicht. Nicht in dem Dienst!“ Dann ist es passiert und dann habe ich eigentlich für mich ganz gut reagiert. Bin kurz raus gegangen, habe mich emotional da in dem Arztzimmer kurz für eine halbe Stunde eingesperrt und dachte: „Du musst da jetzt wieder rein. Und du beruhigst dich jetzt.“ Und nach einer halben Stunde bin ich dann entspannt wieder reingegangen und konnte dann meiner Arbeit ganz ruhig nachgehen. Und auch vollständig durchführen. Ich glaube, das ist wichtig, dass man mit einem freien Kopf reingeht und nicht so hektisch, emotional. Ich glaube, man muss sich dafür einfach Zeit nehmen. Und es gibt mit Sicherheit sehr viele in der Klinik, wo die Pflege sagt: „Okay, der ist tot. Der hat schon Totenflecken und alles.“ Und die machen das so „wischwaschi“, sehen den Totenfleck und füllen da irgendwas aus. Das gibt es mit Sicherheit sehr viel. Auch an der [Klinikname]. Weil der Klinikalltag stressig ist. Aber gerade so als Arzt und auch wenn man den Totenschein ausfüllt; das was man ausfüllt, ist dokumentiert. Und falls es zu Konsequenzen kommt, kriegt man auch Probleme. Und deshalb mache ich das sehr gewissenhaft und nehme mir dafür die Zeit. Also nicht zwischen Tür und Angel.

I: Aber das trifft nicht auf Kollegen zu, oder?

KA1: Nein, nicht auf alle. Es sind meistens immer die gleichen, die dann auch nicht so motiviert sind, wenn die sagen: „Tot ist tot.“ Klar. Aber wenn man sich die Totenscheine anguckt, dann sieht man da halt auch schon Fehler. Und ich finde es halt auch wichtig, so eine Rückkopplung zu bekommen. Ich hole mir meistens einen Erfahrenen dazu, weil ich es nicht so häufig gemacht habe. Und der guckt

dann auch noch mal drüber. Und man kann auch von so Leuten sehr viel lernen. Ich meine, wenn man SAPV ist, dann macht man das ja sehr häufig. Und du wirst es wahrscheinlich häufiger gemacht haben als ich und bist da erfahrener. Und ich glaube auch, dass je häufiger man das macht, desto sicherer wird man sich, aber auch desto weniger Angst hat man davor. Also wenn ich daran erinnern kann, den ersten Toten, den ich gesehen habe und alleine in dem Zimmer war, ich hatte Angst. Aus welchem Grund auch immer. Ich wusste es nicht, aber ich hatte Angst davor. Weil es ist irgendwas, was wir in unserem Leben die ganze Zeit mit uns haben. Wir wissen, dass wir alle irgendwann sterben müssen, aber keiner, also wenn es um den Tod geht, spricht ja keiner gerne drüber. Das ist so ein Tabuthema. Auch in unserer Umwelt. Und wenn es dann gerade in der Familie auch ist (...) gerade bei uns zu Hause war auch ein Todesfall. Meine Tante ist am Pankreaskarzinom gestorben. Mein Vater hat sie betreut, halt als Bruder. Und das war noch mal schlimmer. Und da war es auch so, dass sie auch einen Totenschrei abgegeben hat, was mein Vater in seinem Leben noch nie gehört hat. Und er hat davon nachts geträumt. Also der war monatelang traumatisiert, was jetzt nicht schlimm war; ich meine, der ist jetzt drüber hinweg und alles. Aber so Fälle, die binden einen auch emotional einfach. Man kann es nicht verallgemeinern, dass man immer entspannt ist in den Situationen. Es kommt einfach auf die Situation an.

I: In dieser Situation mit der Angst, hat da auch irgendwie Ekel eine Rolle gespielt? Ist es vielleicht auch generell öfter so, dass man sich davor ekelt?

KA1: Also, wenn ich mich an meine erste Leichenschau erinnere, da war ich sehr aufgeregt, da habe ich den Puls getastet an der Carotis und ich habe meinen eigenen Puls wahrscheinlich (...) und dachte: „Nein, der ist nicht tot.“ Und die Pflege meinte so: „Was machst du da? Der ist doch tot.“ Und da dachte ich: „Oh Gott!“ Und da habe ich mich so reingesteigert. Und das war nicht eher so der Ekel, sondern die Angst: „Okay, du erklärst jetzt jemanden für tot, der nicht tot ist.“ Weil man sich einfach unsicher ist. Und dem bin ich dann auch entgangen, indem ich dann auch gesagt habe: „Okay, ich komme in einer Stunde oder in anderthalb Stunden, bis ich sichere Todeszeichen habe.“ Ich glaube, auch es kommt drauf an, wann man genau gerufen wird und wie der Patient aufgefunden wurde. Ob da Todeszeichen sind oder nicht. Falls die Todeszeichen vorhanden sind, ist man sich ja sicher. Und falls sie noch nicht da sind, bin ich, wo ich jetzt sehr unerfahren bin bei der Leichenschau, noch unsicher. Und dann warte ich meistens ab, bis ich sichere Todeszeichen einfach habe. Und lasse mich dann auch nicht von der Pflege führen. Weil die sind dann auch so: „Ja, wir haben gesagt, der ist tot.“ Aber ich glaube, als Arzt trägt man die Verantwortung und kommt dann manchmal so mit der Pflege, finde ich (...) die wollen den dann auch schnell gewaschen haben, die wollen den von der Station haben. Die wollen das erledigt haben für sich. Aber da muss man dann auch irgendwie professionell bleiben und sagen: „Okay, ich entscheide hier und ich trage die Verantwortung dafür.“ Ich glaube, das ist auch im Kliniksetting manchmal nicht so einfach.

I: Und wie ist das im Notarztsetting? Ist das da mit dem Ekel ein Thema?

KA2: Also was da dann eher ekelig ist, sind wirklich manchmal die Wohnungen und die Verhältnisse, in die man kommt. Ich glaube, das ist schwieriger. Ich meine auch so, es gibt natürlich einfach sehr unschöne Situationen (...) Verblutungen, also wo man dann wirklich noch die Blutlache drumherum hat oder das Erbrochene drumherum hat, was natürlich einfach nicht schön ist. Also ich glaube, Ekel ist nicht das richtige Wort, aber wirklich einfach so eine unschöne Gesamtsituation, wo man einfach nicht gerne ist, was ja einem dann auch so leidtut, oder ja (...)

I: Wir waren jetzt gerade schon beim Thema Unsicherheiten bei der Leichenschau und da gibt es ja diverse Möglichkeiten, bei was man sich da unsicher ist. Was ist da für Sie so das Hauptproblem oder die Hauptunsicherheit?

KA3: Also ich würde sagen, hin und wieder kommt dieses wegdrückbare oder nicht wegdrückbare Flecken. Wie ist es denn jetzt? Das ist schon mal das Problem. Auf der Suche nach den sicheren Todeszeichen bin ich schon mal manchmal unsicher. Wie gesagt, da hilft manchmal ein bisschen zu warten und dann ist es auch gut. Und ansonsten Unsicherheiten (...)? Ich würde sagen, das sind die Hauptunsicherheiten.

KA2: Für mich sind es so zwei Bereiche. Das eine ist eben mit den Todeszeichen. Also manchmal hat man ja so beginnende Totenflecken. Und wenn man dann im häuslichen Feld noch nicht sagen kann: „Wir trinken jetzt noch mal eine Stunde einen Kaffee“, sondern denkt: „Naja, sobald ich keinen guten

Grund habe, was ich hier noch so machen kann, dann muss ich schon irgendwie fertig sein“ , dann denkt man sich (...) also da geht es mir so (...) vielleicht bin ich auch manchmal ein unsicherer Mensch (...) „Die waren ja wirklich da. Aber sie waren natürlich nicht so dolle und so schön, wie man sie auch schon mal sieht und wo ich dann auch manchmal denke: „Hoffentlich machst du da jetzt nichts Falsches, aber du musst dich jetzt auch einfach darauf verlassen.“ Das ist dann so ein ungutes Gefühl, wo man so denkt: „Rein rational war es schon so“, aber wo das Bauchgefühl manchmal noch sagt: „Die gibt es auch schöner, hätte ich lieber anders gehabt.“ Und der zweite Punkt von der Unsicherheit ist eben ganz oft, diese Kausalkette auszufüllen. Wo ich mir halt so denke: „Mir ist total klar, dass der im Verlauf irgendwie an seiner Erkrankung verstorben ist, schwer metastasiertes Karzinom“, so dass man denkt: „Das ist ja das Einfachste, was es gibt.“ Aber woran ist der jetzt wirklich gestorben? Hat er vielleicht auch noch aspiriert? Das sind ja Sachen (...) die liegen dann bettlägerig da, da kann man auch einfach mal eine schnelle Aspiration haben, daran sterben. Wo es da die Tumorkachexie dann das Einfachste ist. Aber manchmal sieht es dann doch nicht so ganz kachektisch aus. Und dann denkt man so: „Naja, dann war es dann wahrscheinlich doch eher eine Asphyxie, irgendwie durch eine Aspiration oder so.“ Aber letztendlich war es ja der Tumor. Und ich möchte das ausfüllen. Und das finde ich ganz unangenehm, wenn man da sitzt und denkt (...) und ich hatte das schon mal, dass die Angehörigen sagten: „Sind Sie noch da?“ Weil ich so lange am Überlegen war, wie ich das jetzt gut schreibe. Und das finde ich für mich manchmal einfach unangenehm, dass man da diese Unsicherheit hat. Und ich kann da nicht reingucken und (...)

KA1: Ich finde auch, meistens ist die Kausalkette irgendwie (...) gerade wenn man einen Patienten nicht so gut kennt. Ich meine, wenn man den länger betreut hat und alles weiß zu dem und auch weiß, was gelaufen ist an Diagnostik, was er für eine Therapie hatte, finde ich es einfacher. Wenn man dann zum Patienten kommt, den man persönlich gar nicht gesehen hat, was auch als diensthabender [Arzt] mal auftritt, da tu ich mich auch schwer, diese Kausalkette auszufüllen, guten Gewissens. Ich meine, am Ende versucht man, irgendwie das Logischste in dem Fall rauszuziehen. Aber man kann nicht reingucken, man kann nicht sagen: „Okay, es war eine Diagnose, sicher.“ Von daher wäre dann die klinische Obduktion in dem Fall schon, sage ich mal, für einen selbst persönlich auch gar nicht so schlecht, um zu wissen: „Okay, wie sicher war ich mir eigentlich in der Situation?“

KA2: Und trotzdem musst du vorher diesen Schein ausfüllen. Du musst ihn ja vorher ausfüllen und nicht nach der Obduktion. Das ist so das, wo ich so denke, naja (...)

KA3: Am Anfang habe ich mich auch gefragt, ob jemand mir Rückmeldung gibt, wenn ich das falsch ausgefüllt habe, ob das jemanden interessiert. Ich hatte große Angst, dass da etwas Negatives kommt. Aber da habe ich mir gedacht: „Okay, zumindest habe ich noch nie irgendwie zurückgemeldet bekommen: ‚So geht das aber nicht, wie sie das da machen.‘“ Aber es würde mich tatsächlich mal interessieren, was derjenige, der den Totenschein, den ich ausgefüllt habe, liest, dazu denkt. Da hätte ich tatsächlich gerne mal eine Rückmeldung zu.

I: Kann ich mir gut vorstellen. Aber es ist ja ein gutes Zeichen, dass noch nie einer kam.

KA3: Ja, scheinbar.

I: Was ich noch interessant finde, ist die Frage: Fühlt sich die Leichenschau für Sie weniger nach einer klassisch ärztlichen Tätigkeit an als andere Tätigkeiten? Oder ist das so gleich auf?

KA3: Also dadurch, dass ich es nicht so häufig mache, ist es schon immer etwas Spezielles und (...) ja, aber das ist schwierig einzustufen, ob ärztliche Tätigkeit oder nicht. Also das ist mir schon klar, dass es halt eine ärztliche Tätigkeit ist. Das stelle ich jetzt nicht in Frage. Aber klar, es ist für mich etwas Ungewöhnliches, weil es für mich auch nicht ständig zu meinem Alltag als Ärztin dazugehört. Wenn man das häufiger macht, ist es vielleicht anders.

KA2: Es gibt natürlich Maßnahmen, die akuter sind, zeitkritischer sind und irgendwelche Notfallmaßnahmen, irgendwelche Reanimationsmaßnahmen oder Katheteranlagen, die jetzt unter einem anderen Druck stehen, weil man natürlich einen anderen Therapieerfolg noch erwartet. Aber ich finde schon, dass es klar eine nicht deligierbare ärztliche Leistung ist und natürlich irgendwie einfach hochgradig wichtig. Ich meine, Geburt und Tod das sind halt die zwei wesentlichen Aspekte unseres Lebens. Und die müssen natürlich auch fachkundig (...) dokumentiert sein.

I: Ist das denn auch bei Kollegen so? Oder kennen Sie da auch Kollegen, die irgendwie, die nicht so darüber denken, dass es eine ärztliche Tätigkeit ist? Nicht so sehr wie andere Tätigkeiten.

KA2: Also ich glaube schon, dass das so anerkannt ist. Ich glaube, man stumpft ab. Und mancher empfindet vielleicht noch mehr als andere. Und natürlich gerade auf Intensivstation oder so, sieht man natürlich die zeitkritischen Interventionen irgendwie als noch wichtiger; aber letztendlich, aber nicht als (...) genau (...) zeitlich wichtiger, aber nicht als inhaltlich wichtiger. Ist jetzt so mein Eindruck.

KA1: Also ich finde auch so als Arzt (...) aber vielleicht bin ich auch nur selbst so gesteuert (...) fühle ich mich irgendwie zufriedener, wenn ich irgendwie jetzt zum Leben beitrage und sage: „Okay, ich habe den jetzt geheilt und der lebt noch weiter.“ An sich gehört der Tod dazu. Deshalb finde ich, ist es eine ärztliche Tätigkeit. Aber es ist jetzt nicht so ein schönes Gefühl für mich, als wenn ich jetzt irgendjemanden geheilt habe, kurativ, und sage: „Okay, der geht jetzt nach Hause.“ Das ist bei mir aber so. Das ist jetzt nicht so, dass ich da so eine Abscheu dagegen habe oder dass ich das irgendwie ekelig finde. Es ist eine ärztliche Tätigkeit, die selten vorkommt. Ich meine, auf Intensivstation dann wieder häufiger. Aber es ist jetzt nicht so, als wenn jetzt jemand kritisch ist und man dann wiederbelebt und sagt: „Okay, der hat überlebt, der hat ROSC. Ich freue mich, dass der noch 30 Jahre weiterlebt, jetzt.“ Das ist, glaube ich, zu differenzieren. Aber ich glaube, die meisten Ärzte sehen die Leichenschau schon als wichtig an, als ihre Tätigkeit an. Aber es ist nicht so (...) man hat da nicht so das Gefühl, als würde man jetzt jemanden extrem therapieren. Man geht da jetzt nicht mit so einem krassen Erfolg raus. Also, so ist mein Gefühl zumindest. Man geht zufrieden raus, wenn man es gut gemacht hat und sagt: „Okay.“ Aber es ist jetzt nicht so, als wenn man invasiv irgendwie tätig ist und jetzt sagt: „Okay, man hat jetzt das und das gemacht und der lebt noch 30 Jahre.“ Also das ist schon zu differenzieren.

KA2: Es ist halt wie Arztbrief schreiben. Das ist klar eine ärztliche Aufgabe, aber irgendwie nicht so (...)

I: Dann habe ich noch eine Frage: Kommt es auch schon mal vor, dass man Zweifel an der eigenen Behandlung hat, weil derjenige verstorben ist? Dass das eine Rolle spielt?

KA3: Manchmal schon. Manchmal fragt man sich zumindest, ob man was hätte, anders machen können oder sollen. Selten. Gott sei Dank. Bisher hatte ich alle Leichenschauen, die ich machen musste (...) waren schon Patienten, wo es nicht abwegig war, dass sie verstorben sind und wo das jetzt nicht komplett übermäßig überraschend kam. Aber man fragt sich das schon.

KA1: Ich finde es auch gerade bei der Intensivmedizin ist es so, dass man relativ schnell Entscheidungen treffen muss, weil der Patient kritisch ist. Und wenn er dann letztendlich auch verstirbt, rekapituliert man den ganzen Fall nochmal und fragt sich: „Okay, waren diese Stellgleise an dem Punkt richtig? Oder hätte ich auch etwas anders machen können? Und hätte man da Zeit gewinnen können?“ Das ist bei, glaube ich, diesen kritischen Patienten schon manchmal so, dass man da nochmal den Fall durchgeht und da bei manchen Sachen sagt: „Okay, also hätte ich das CT jetzt nicht gefahren und hätte es sofort so gemacht, wäre es vielleicht, weiß ich nicht, nicht mehr so eng geworden am Ende.“ Hatte ich vor kurzem auch ein Fall mit einem Perikarderguss, einem hämorrhagischen. Und da sind wir auch der Zeit hinterhergerannt. Der Fall ist gut ausgegangen am Ende. Aber es war am Ende, sage ich, eine halbe Stunde später wäre es halt vorbei gewesen. Es war schon ziemlich kritisch. Ich glaube, selbst aus solchen Situationen lernt man nochmal dazu. Und auch wenn es zum Tode führen sollte, finde ich immer wichtig, in solchen Situationen so ein Briefing zu machen, auch mit der Pflege. Diese Situation (...) das machen wir häufig auch auf Intensiv, wenn die Zeit es gerade zulässt: „Okay, das war jetzt der Patient. Seid ihr zufrieden? Ist es alles richtig gelaufen?“ Oder dann kommt die Pflege und sagt: „Okay, an der Stelle fand ich es kritisch. Ihr hättet es so und so machen können.“ Ich glaube, dass es ein Team halt stärker macht. Also dass man dann selbst beim nächsten Fall anders daran geht an die Sache, gerade wenn man noch unerfahren ist. Natürlich als Oberarzt ist es, glaube ich, wieder etwas anderes. Aber ich sehe mich ja immer noch als kleiner Assistenzarzt. Und da ist es, glaube ich, in manchen Situationen schon so, dass man das alles sehr kritisch hinterfragt.

KA2: Ich glaube, so aus meiner Fachrichtung her ist es einfach weniger. Also da ich selten auch der Primärbehandelnde in dem Fall war (...) oder der erste Behandler oder so bin. Wäre ein bisschen einfacher manchmal.

I: Dann kommt jetzt ein ganz anderes Thema. Gibt es genug Fortbildungsangebote bei Ihnen an der Klinik oder überhaupt?

KA3: Für das Thema jetzt?

I: Für das Thema Leichenschau.

KA3: Wie gesagt, ich war ja schon überrascht, dass es einmal so eine Fortbildung dazu gab. Ansonsten ist es wirklich sehr selten und wie gesagt, die Fortbildung hat mir aber gezeigt, dass sehr große Uneinigkeit darüber besteht. Und deshalb wäre es sinnvoll, tatsächlich da mehr darüber zu informieren, was wie gedacht ist. Tatsächlich ist da die Unwissenheit groß.

KA1: Ich muss sagen, bei der Ärztekammer habe ich noch nie nachgeguckt, ob es Fortbildungen gibt. An der Stelle eine gute Idee. Man kann sich ja auch selbst weiterbilden. Bei uns gibt es im Rahmen der Montagsfortbildung einmal im Jahr auch einen Vortrag zur Leichenschau, vor allem die Differenzierung von *nicht natürlichem* und *natürlichem* Tod. Und welche Stellschraube (...) oder bei wem kann ich mich halt irgendwie noch mal zusätzlich melden, um sicher den Totenschein auszufüllen. Also, welcher Oberarzt kann da helfen? Oder gerade die Intensivstation (...) wenn man auf Normalstation ist, kann da jemand dazu kommen, weil die einfacher erfahrener sind. Das ist gerade für Leute, die ganz am Anfang der Ausbildung sind, finde ich, wichtig. Weil, ich finde, an der Uni selbst hat man es jetzt nicht so gelernt. Also klar, man hat die Vorlesung, man hat das alles mit den Totenzeichen gelernt. Aber man hat dann den ersten Toten und steht dann da und denkt sich: „Okay, wo fange ich jetzt hier an?“ So ging es mir. Und deshalb finde ich es gar nicht so schlecht, wenn es auch eine Fortbildung klinikintern gäbe. Um zu sagen, gerade für die Neuen, die von der Uni kommen, dass die da besser und schneller reinwachsen.

I: Wäre denn auch die Zeit da, so eine Fortbildung dann zu besuchen? Oder würde die dann gegenüber anderen Fortbildungen vielleicht zurückstehen?

KA1: Gerade wir in der Klinik haben fünf Dienstreisetage. Die kann man frei wählen, was man dann macht. Meistens sind es Kongresse, die man dann wählt oder für die eigene Weiterbildung. Ich meine, der Notarztkurs das sind auch sechs Tage, wo man weg ist. Oder sei es jetzt ein Echokurs für Fortgeschrittene, da ist man auch drei Tage weg und da sagt man (...) priorisiert man schon eher, wenn man am Anfang der Ausbildung ist eher so, dass man Tätigkeiten oder Fortbildungen besucht, die einem selbst im klinischen Alltag gerade für die Weiterbildung als Kardiologe helfen. Die Leichenschau ist wichtig. Aber gerade am Anfang habe ich sie nicht viel machen müssen. Deshalb war es jetzt nicht so der Fokus. Aber je länger man an der [Klinik] ist, und desto höher man quasi in der Hierarchie irgendwann steigt (...) und Intensiv auch besucht (...) desto wichtiger wird es eigentlich. Und deshalb ist es, glaube ich, vom Zeitpunkt abhängig, wann man das macht. Aber ich glaube schon, dass dafür Zeit wäre, klinikintern so eine Fortbildung zu machen. Und ich bin mir auch sicher, dass die auch gut besucht werden würde von vielen Ärzten, gerade von Assistenzärzten.

I: Wie stehen Sie zu der Frage, ob das im Studium hinreichend besprochen wurde?

KA3: Ich habe schon das Gefühl, dass es im Studium ganz ausführlich besprochen wurde. Aber ich fand die Vorlesung dazu (...) ich fand die rechtsmedizinischen Teile auch sehr interessant und gut gemacht. Deshalb habe ich da tatsächlich (...) alles, was ich dazu weiß, ist noch aus dem Studium, tatsächlich. Wobei es natürlich manchmal auch einfach schon längere Zeit her ist. Oder wenn das persönliche Interesse einfach nicht so groß ist, dann glaube ich, ist es auch etwas anderes. Ansonsten fand ich die Kurse ziemlich gut. Und wirklich, ich habe das noch genau im Ohr, wie das mit der Kausalkette ist und warum ich was wie entscheiden muss. Aber ich fand es wirklich selbst auch sehr interessant.

KA2: Ich denke auch, das meiste, was man so weiß, also von dem, wo man sagt: „Das weiß ich“, das sind so die Sachen, die man auch im Studium mitgenommen hat, bei mir. Ich finde Fortbildungen auch gut. Ich weiß auch, dass ich öfter (...) nicht nach Fortbildungen, sondern nach Informationsmaterial gegoogelt habe und dass man schon wenig findet. Es gibt irgendwie so einen doppelseitigen Flyer, auf den bin ich schon 500 Mal gekommen, wo auch noch mal das Wichtigste drinsteht. Und da ist das dann so schön, weißt du, da ist die Kausalkette, dass da irgendjemand eingeklemmt mit einer Hirnmetastase (...) wo ich mir denke: „Das ist so einfach. Das braucht man nicht aufschreiben.“ Lieber

die Fälle, wo es nicht so einfach ist. Und also da finde ich (...) bin ich jetzt nicht oft darüber gestolpert, wenn ich so etwas gesucht habe. Dass man (...) so, das müssen ja auch keine ganzen Tage sein. Es kann ja einfach mal eine Abendveranstaltung sein. Und ich könnte mir auch gut vorstellen, dass da immer mal wieder Leute kommen. Also auch Refresher, nicht unbedingt immer nur die Anfänger. Und dass man sich das immer wieder mal anhören kann.

KA3: Und gerade, wenn es nur ein paar Stunden Fortbildung sind. Nachmittage oder so etwas. Dann muss man ja auch seine Fortbildungstage dafür nicht aufbringen. Weil ich denke sonst tatsächlich, wenn man dafür die Fortbildungstage, von denen man nicht so viele von hat, dafür aufwenden müsste, dann wäre es nicht so rege besucht. Aber ansonsten denke ich, wäre das Interesse auch groß genug, dass es besucht wird.

I: Gibt es noch irgendwelche Probleme, die wir noch nicht angesprochen haben, die Ihnen noch spontan einfallen?

KA2: Rein rechtlich, finde ich halt (...) ich meine, das können wir, glaube ich, hier so alle nicht ändern. Ich finde es schon halt ein Problem, wenn man sagt, eine ärztliche Leichenschau muss gemacht werden. Sie muss abgerechnet werden. Wenn ich die als Arzt nicht in Rechnung stelle, mache ich mich strafbar, weil es irgendwie eine Wettbewerbsverzerrung oder irgendwas ist. Aber der Patient ist ja in der Sekunde seines Todes nicht mehr krankenversichert. Darum zahlen das jetzt mal die Angehörigen. Und man muss ja sagen, seit diesem Januar sind die Gebühren ja extrem hochgegangen. Ich weiß nicht, ich habe Samstagmorgen um 01:30 Uhr einen Totenschein ausgestellt. Der hat jetzt der Familie (...) kostet die 240 Euro. Ich habe heute die Rechnung gesehen. Und das ist (...) muss man denen auch sagen (...) ehrlicherweise ist das nicht das Schönste. Dass ich (...) ich komm zu der Leichenschau und sage zum Schluss, wenn ich gehe: „Das tut mir total leid, aber irgendwie werden Sie demnächst nochmal eine Rechnung kriegen. Ich muss Ihnen das in Rechnung stellen.“ Das ist mega unangenehm. Und ich finde, das ist halt eine ärztliche Leistung, die ja auch erbracht werden muss. Das muss doch eine kassenärztliche Leistung sein. Das kann eigentlich nicht anders sein.

KA3: Das ist mir gar nicht klar gewesen. Das ist ja unfassbar, dass das so ist.

KA2: Ich finde das so, es ist so unendlich unangenehm. Und den Hinterbliebenen in dem Moment zu sagen: „Ach übrigens, da kommt jetzt noch was.“ Und heute habe ich bei einem Flüchtling im Flüchtlingsheim das ausgefüllt. Da habe ich mich das jetzt gar nicht getraut zu sagen, weil ich die Hoffnung habe, dass die Rechnung (...) wir schicken den an den Sozialarbeiter in der Hoffnung, dass das irgendwie über das Sozialamt geht, bevor es die Familie überhaupt mitkriegt. Das ist mir total peinlich in so einer Situation. Und die sind natürlich alle so betroffen, dass die sagen: „Gar nicht schlimm und machen wir schon alles. Ist uns ja alles gerade egal.“ Aber das ist schon ein unangenehmes Gespräch. Ich weiß immer noch nicht ganz genau, dass, wenn die hier im Krankenhaus sterben, ich glaube, wir machen das hier dann umsonst. Aber, ich bin ja SAPV von der [Klinik]. Ich muss es abrechnen über die [Klinik]. Das Geld kriegt die [Klinik] und die gucken, dass wir das auch einholen. Und als Notarzt ist es ja das gleiche. Also der Notarzt muss das auch in Rechnung stellen. Ich finde, also wir können ja nicht Leute zwingen, eine Leistung in Anspruch zu nehmen. Und das ist ja nicht mal für den, für den wir sie ausfüllen, sondern für Angehörige, die ja auch nicht immer eine enge Beziehung zu demjenigen haben müssen und (...) genau. Das find ich einfach wichtig, dass das geändert wird. Also (...)

KA3: Dass das die Krankenversicherung zu zahlen hat. Als letzten Dienst an ihrem Patienten wiederum.

KA2: Ja, genau.

I: Ganz offen gefragt: Was würde die Leichenschau erleichtern? Diese ganze Tätigkeit erleichtern? Gibt es da irgendwas, was Ihnen ganz spontan einfällt? Die Probleme, die wir besprochen haben, wie könnte man die lösen?

KA3: Grundsätzlich gibt es ja in anderen Bundesländern wohl das Feld anzukreuzen *Tod infolge eines medizinischen Eingriffs*; wenn ich mich richtig erinnere, dass da unterschiedliche Totenscheine sind. Das würde ja schon das eine oder andere erleichtern. Wobei ich finde bei mir (...) ich habe mir da

schon häufiger Gedanken darüber gemacht, weil ich das von irgendjemand erfahren habe, dass es dieses Feld in anderen Bundesländern gibt. Aber für mich würde es das jetzt nicht unbedingt erleichtern. Weil nicht unbedingt der medizinische Eingriff das Problem ist, sondern dass immer noch der Unfall vorher passiert ist, bevor ein medizinischer Eingriff erfolgt ist. Und wie schon angesprochen dieses Feld, dass man sich festlegen muss, auf die (...)

KA2: Kausalkette, ne?

KA3: Genau, wie gesagt, mehr Freiraum einfach. Und weniger feste Strukturen. Wäre da vielleicht schöner.

I: Also eine Änderung in der Todesbescheinigung?

KA3: Ja. Die Leichenschau an sich, finde ich jetzt okay. Dass man sie so macht, wie sie gemacht wird.

KA2: Sehe ich auch so.

I: Würde es manchmal helfen, wenn man sich unsicher ist bezüglich der Kausalkette oder welche Todesart oder wie man das eintragen soll, wenn man mit jemandem telefonisch Kontakt aufnehmen könnte? Also zum Beispiel einem Rechtsmediziner, der einem sagt, wie man das am besten ausfüllen kann?

KA3: Ja, das fände ich tatsächlich gut. Manchmal. Nicht immer, aber manchmal fände ich das gut.

KA1: Ich fände es auch gut, entweder ein Rechtsmediziner oder ich finde halt einer, der erfahren ist. Ein Facharzt oder (...) der es halt schon häufiger gemacht hat.

I: Also eher kliniksintern halt?

KA1: Ich weiß ja nicht, ob ein Rechtsmediziner nachts begeistert ist, wenn man ihn anruft und sagt so: „Hör mal zu. Das ist der Fall. Kannst du mir weiterhelfen?“ Ich glaube, das könnte ich verstehen, dass der das nicht so gut findet. Aber grundsätzlich (...) sich bei einem anderen Kollegen, sage ich, eine Meinung einzuholen, finde ich nicht verkehrt. Wenn derjenige auch vor Ort ist und den Patienten sieht und auch die Diagnosen sieht. Das finde ich grundsätzlich nicht schlimm, wenn man sich bei Kollegen eine Meinung einholt.

KA3: Das Problem, was ich daran nur sehe (...) also mache ich grundsätzlich auch sogar, Kollegen anrufen, Oberarzt anrufen, wenn ich jetzt ganz unsicher bin. Aber häufig ist das ja ein Problem, wenn es so unklar ist und so schwammig, dass es ihm auch nicht oder ihr auch nicht wesentlich leichter fällt und die Unsicherheit weiterhin besteht. Insbesondere weil ich jetzt mitbekommen habe, in unserer Klinik, wie viel Uneinigkeit darüber herrscht. Von daher fände ich es tatsächlich wünschenswert, mit jemanden zu sprechen, der es wirklich hundertprozentig weiß, weil er sich mehr damit befasst. Gut, wenn es natürlich so einen Sachverständigen an der Klinik gibt, wo man sicher ist, der ist so ausgebildet, dass er es sicher weiß, weil er vielleicht noch eine andere Fortbildung oder so etwas gemacht hat. Dann ist es etwas anderes. Ansonsten ist es immer schwierig rauszufinden: Wer weiß es denn jetzt besser als ich?

KA1: Aber an dieser Stelle wäre es doch gar nicht verkehrt, dass es irgendeinen aus dem Leitungsteam gibt, der sich zu dem Thema Rechtsmedizin entsprechend fortzubilden hat und der auch sozusagen für die Assistenzärzte, aber auch leitungsintern, sage ich mal, als Oberarzt Schulungen durchführt. Das finde ich zum Beispiel einen guten Lösungspunkt, dass derjenige Oberarzt in die Rechtsmedizin geschickt wird, dort Schulungen bekommt, Fortbildungen regelmäßig macht und dementsprechend sein Personal oder das Personal für diese Klinik oder für diese Klinikabteilung auch geschult wird. Das wäre eine Maßnahme, die ich sehr befürworten würde.

KA3: Ja.

I: Okay. Dann gibt es ja noch das System des professionellen Leichenschauarztes. Das heißt, dass bei jedem Todesfall ein Leichenschauarzt, der den Patienten nicht kennt, der aber dafür eben speziell ausgebildet ist, zu dem Leichnam hinfährt und die Leichenschau durchführt und auch die

Todesbescheinigung ausfüllt. Das bedeutet also, dass in der Regel alle anderen Ärzte diese Tätigkeit nicht mehr machen. Was halten Sie davon?

KA2: Das würde uns ja das Leben leichter machen. Also das wäre schon mal ganz einfach. Dann wäre es ja nicht mehr unser Problem. Andererseits ohne die Krankengeschichte wirklich zu kennen, finde ich, kann man das ja manchmal nicht sinnvoll machen. Das funktioniert ja nur, wenn man im Grunde dann trotzdem mit dabei ist, um ihm nochmal irgendwie zu berichten, was das für eine Geschichte war. Also nur am Leichnam sehen kann man dann ja doch viel (...) erstmal auf den ersten Blick nicht. Es sei denn, man macht die Obduktion und um die geht es ja an der Stelle nicht. Also der kann ja genau so wenig in den Patienten reingucken wie wir es können. Es wäre natürlich einfach, Verantwortung abzugeben. Ob die wirklich qualitativ besser wäre (...) also hängt davon ab, welche Informationen er kriegt. Wobei das ja auch direkt wieder eine Beeinflussung ist. Stelle ich mir halt (...) stelle ich mir schwierig vor. Aber wie gesagt, für einen selber [ist es] ja auch einfacher. Von daher (...)

I: Okay, aber die Qualität würde dann eventuell doch leiden?

KA2: Ein Stück weit ist es ja objektiver. Weil man jemanden hat, der sich dann wirklich mehr auf das Äußere beschränkt. Aber was die Krankengeschichte angeht, ist es ja schwierig. Und es ist natürlich auch ein Stück weit, dass wieder auch Arbeit doppelt gemacht wird. Weil, wie gesagt, einer ja die Information erstmal bereitstellen muss irgendwie für denjenigen, der kommt und sich ja trotzdem irgendwer um die Angehörigen kümmern muss. Das kann er ja auch nicht übernehmen, weil er die nicht kennt. Wenn ich dann komme und einen schon kenne, ist das ja in dem Moment neben der Leichenschau auch ein ganz wichtiger Moment, die Angehörigen in so einer Situation zu begleiten. Und das kann er ja nicht leisten. Ich hätte jetzt nichts dagegen, wenn es das jetzt gäbe. Würde ich mich jetzt auch freuen, würde mir auch manche Nacht angenehmer machen. Also ich kann jetzt gar nicht klar sagen, ob ich es richtig gut finde oder nicht. Aber ich stelle mir vor, dass es auch viele Schwierigkeiten mit sich bringt, die es nicht unbedingt praktikabler machen.

I: Dann gibt es noch einen Lösungsansatz oder eine Hilfestellung. Da würde ich auch gern wissen, wie Sie das fänden. Und zwar wenn man so eine Art Katalog hätte mit Beispielfällen. Also wenn man zum Beispiel sagt: „Bei einem Todeseintritt innerhalb von 48 Stunden nach irgendeiner Form von medizinischer Behandlung muss dies und das passieren. Oder wenn jemand in der Woche zuvor gestürzt ist und es wurde kein CCT gemacht und der hat eine Verletzung am Kopf, dann muss man auf jeden Fall einen nicht *natürlichen* Tod oder *ungeklärten* Tod ankreuzen.“ Würde so etwas helfen? Oder wenn man vielleicht so eine Art Leitlinie hätte mit Beispielfällen? Oder würde das eher für Verwirrung sorgen?

KA3: An sich finde ich sind Leitlinien immer schön, also ein Katalog vielleicht nicht schlecht. Aber ich fürchte, dass man sich dann wild durch irgendwelche Fälle sucht und dann denkt: „Ja, das passt aber trotzdem nicht so ganz. Also bei mir ist es jetzt doch irgendwie anders.“ Und: „Passt das jetzt zu mir?“

KA1: Häufig ist es doch auch der zeitliche Aspekt, den man mitbringt, bis man die Leitlinien jetzt gelesen hat. Man wird die jetzt nicht jede Woche lesen. Man wird die einmal lesen vermutlich, dann wird man grob irgendwas im Kopf zusammenhaben. Und dann kommt man zu dem Fall und denkt so: „Okay, wie war das nochmal in der Leitlinie?“ Dann setzt man sich vor den PC, fängt wieder von vorne an. Ich glaube, dass es einfach nicht zielführend ist auf die Dauer.

I: Und wenn das eine App wäre, wo man zum Beispiel ein bestimmtes Stichwort eingibt?

KA3: Wo man Fragen vielleicht durchgeht. Müsste man ausprobieren, würde ich sagen. Kann man schwierig so beantworten.

KA2: Also so einen konkreten Katalog stelle ich mir auch schwierig vor. Also erstmal, weil es ja eben doch etwas Individuelles ist. Und du hast ja auch schon mal gesagt, man kann ja auch mit (...) für den gleichen Unfall können es ja auch trotzdem mal verschiedene Erkrankungen sein oder *natürlich* oder *nicht natürlich* sein. Was ich mir manchmal gewünscht hätte (...) also viel einfacher wären ein paar Beispiele, außer dass jemand an einer Hirnmetastase (...). Das ist das einzige Beispiel, das ich immer im Internet finde. Und da denke ich mir: „Da wäre ich jetzt auch noch selbst darauf gekommen.“ Aber manchmal fehlt einem ein guter Begriff, also so geht es mir zumindest. Man will es ja auch kurz und prägnant hinschreiben. Und dass man einfach vielleicht auch für die nicht so einfachen und ganz

offensichtlichen Fälle mal Beispiele für Kausalketten geben kann, aus denen man einfach dann sich selber hinterher das bastelt, was für einen ja passt. Aber wo man Ideen hat oder auch denkt: „Aha, das ist ein guter Begriff.“ Also ich habe auch auf dem Handy (...) was ich mir dann so speichere, wenn ich bei irgendjemandem etwas gesehen habe und denke: „Also das ist auch eine gute Formulierung.“ und dann das aufzuschreiben in der Hoffnung, dass man irgendwann mal die Situation hat, wo es vielleicht passt. Aber das inspiriert manchmal ja auch, selbst zu kommen, ohne dass das jetzt verbindlich und sehr konkret ist. Oder man schafft einfach diese Kausalkette ab und kann es dann eben doch mit mehr Worten schreiben und (...) genau.

I: Es gibt Ideen oder Bestrebungen, eine digitale Todesbescheinigung einzuführen. Was halten Sie davon? Würde das irgendwas leichter machen? Oder wäre es genau wie vorher für Sie?

KA3: Es ändert, dass man sich beim Umblättern und beim Durchschlagverfahren vertut. Weil wenn man sehr müde ist, obwohl man es irgendwann doch drin hat, dann denkt man sich: „Ach, ist ja gar nicht mehr so schwer“, wie man es am Anfang dachte. Manchmal hat man aber dann doch verpennt, die richtigen Seiten umzuschlagen. Das würde das natürlich erleichtern. Ansonsten finde ich es jetzt auch nicht dramatisch, die Papierform auszufüllen.

KA2: Sie wäre definitiv besser lesbar auf jeden Fall. Also von der Handschrift zum einen. Und „am schönsten“ ist ja, wenn man dann den letzten Durchschlag mitnimmt und ein Jahr später ist der ja weiß, also der nützt ja auch original nichts. Darum versuche ich immer, das Geschriebene in der Klinik auf den Kopierer zu schmeißen. Oder ich fotografiere die ab, für die digitale Akte. Weil ich finde, dass die Dokumentation mit diesen Durchschlägen mit der Zeit ja auch verloren geht. Und einfach nicht mehr so gut lesbar ist und das wäre natürlich schon in einer digitalen Form besser, denke ich manchmal. Vielleicht könnte man sich manchmal doch sogar mehr Zeit erkaufen, dass man doch nochmal mit jemandem Rücksprache hält, bis man den endgültig versendet sozusagen. Weil du musst den ja irgendwie hinlegen. Geht jetzt ja nicht anders. Und manchmal, also finde ich, manchmal mehr aus Zeitnot als (...) genau. Ich zum Beispiel müsste es ja gar nicht unbedingt beim Patienten fertig haben. Weil das Original muss nicht unbedingt beim Leichnam bleiben. Ich könnte ja doch nochmal ins Büro fahren und vielleicht doch nochmal einen Kollegen treffen und noch mal fragen und dann erst auf *Senden* drücken. Stelle ich mir schon einfacher vor. (...) Wenn man überall Empfang hat. Also, das ist natürlich digital (...)

I: Das sind dann die technischen Fragen.

KA2: Dann gehen ja manchmal dann auch die Daten verloren, wenn man die dann nicht gut übermittelt kriegt in dem Moment.

I: Fällt Ihnen noch irgendetwas anderes ein, was die Leichenschau vereinfachen oder verbessern würde?

(Schweigen.)

I: Okay. Ein Aspekt ist mir noch eingefallen. Wir hatten das Thema *Vergütung* (...) dass jetzt seit dem ersten Januar diesen Jahres die Leichenschau deutlich höher vergütet wird. Ich habe jetzt schon eine sehr kritische Meinung dazu gehört, weil die Angehörigen das bezahlen müssen. Ist es denn auch für Sie oder vielleicht auch für andere Kollegen ein Anreiz, die Leichenschau, sag ich mal, zeitintensiver durchzuführen? Oder ist das ändert das nichts?

KA1: Für uns in der Klinik ändert es ja gar nichts. Weil es ist unsere normale Arbeitszeit und wir werden normal bezahlt. Egal, ob wir den Totenschein ausfüllen oder nicht. Im ambulanten Bereich, glaube ich, ist es der Anspruch von jedem Arzt selbst. Und mein Vater ist Hausarzt, und der wurde vor kurzem von der Kriminalpolizei abends um 21 Uhr gestört, weil sein Patient verstorben ist. Und der diensthabende Arzt gesagt hat: „Das muss der Hausarzt ausfüllen.“ Was eigentlich inakzeptabel ist. Und die Polizei war einfach so naiv und dumm und hat einfach um 21 Uhr bei meinem Vater, weil der Hausarzt war, geklingelt. Mein Vater ist natürlich dann dahingefahren, weil seine Patienten ihm wichtig sind. Aber ich glaube, so etwas (...) das ist halt, wenn man motiviert ist oder wenn man sagt: „Okay, es ist der letzte Dienst, den ein Arzt einem Patienten bringt.“ Gerade, wenn man ihn länger kennt, finde ich, hat man eine andere Bindung. Auch im ambulanten Bereich. Man baut ja eine Bindung zu jedem Patienten individuell auf, den man länger betreut. Ich glaube schon, dass man da schon sehr,

sehr gewissenhaft ist und sich sehr viel Mühe gibt. Vielleicht ist das im Klinikalltag [anders], wenn man nicht so diese emotionale Bindung hat. Man macht das auch sorgfältig, aber man hat, glaube ich, eine andere Bindung einfach zu dem Patienten.

KA3: Ich denke auch tatsächlich, jemand, der jetzt aktuell nicht so viel Zeit rein investiert, der wird sich noch eher denken: „Ja, wunderbar. Kriege ich noch mehr Geld für wenig Zeitaufwand“ im Zweifelsfall. Ich glaube nicht, dass eine höhere Vergütung unbedingt das besser macht. Wobei das schon wichtig ist, dass man fair, sage ich mal, vergütet wird. Unabhängig davon, wer es zahlt, aber natürlich ist es häufig das Problem, wenn man für Leistungen unterdurchschnittlich viel Geld bekommt. Dann hat man den Stress, dass ich eine Leistung durchführen muss, für die ich überhaupt nicht angemessen bezahlt werde. Macht es den Ärzten natürlich grundsätzlich schwierig. Also, es sollte schon fair sein, dass man die Zeit, die man eigentlich dafür braucht, auch entsprechend bezahlt wird. Aber ob das jetzt wirklich dazu führt, dass es besser gemacht wird (...)?

KA2: Also ich finde auch, die höhere Vergütung würde ich jetzt auch gar nicht kritisieren. Früher waren es ja, weiß nicht, zwischen 30 und 40 Euro so pauschal, die man gekriegt hat, die ja auch absolut in keinem Verhältnis stehen. Also mich stört wirklich eher, wie dann hinterher die Rechnung geleistet also (...) wird, wenn man überlegt (...), also das hat mich jetzt in Summe Samstagmorgen über drei Stunden gekostet, weil ich bis zum Flughafen fahren musste und zurück. Und dann ist man da vor Ort. Das ist ärztliche Arbeitszeit mitten in der Nacht, an einem Wochenende, drei Stunden. Und ich meine, das koste ich ja auch in dem Moment. Also ich kriege das Geld nicht, ich kriege das irgendwann von der Klinik und die Klinik kriegt dann diesen Gutschein. Aber letztendlich koste ich die Klinik ja in dem Moment auch bestimmt mindestens das Geld, nehme ich mal an. Also darum finde ich die Erhöhung schon sinnvoll. Und ein Hausarzt (...) genau, also das ist für die (...) die haben ja wirklich immer draufgezahlt, bei jedem bisher. Also ich finde den Preis schon angemessen, wie du auch schon sagst. Das ist ja Arbeit, die geleistet wird und manchmal eben auch zu unmöglichen Zeiten geleistet werden muss. Aber es darf halt nicht Hinterbliebene in der Trauerphase treffen, sondern es ist ja im Grunde eine Leistung, die am Patienten erbracht wird. Und das ist das, was mich so stört.

KA1: Das Problem ist einfach, wenn die Angehörigen auch kein gutes Verhältnis haben zu dem Verstorbenen. Ich meine, da ist ja schon wieder der, sage ich mal, der kritische Punkt. Zorn kommt dann auf, von wegen: „Jetzt ist er verstorben, jetzt kostet der mich auch noch was.“ Also ich meine, das ist jetzt überspitzt dargestellt, aber ich glaube schon, dass es in manchen Familien da schon zu Streitigkeiten kommen kann. Und dass man das eher provoziert durch so etwas. Und dass man als Arzt dann sagt: „Okay, Sie kriegen jetzt noch eine Rechnung“, wenn man dann gerade erst die schlechte Nachricht überbracht hat. Ich glaube, das ist für einen selbst als Arzt auch schwierig. Man kommt sich, wie du vorhin schon gesagt hast, blöd vor.

I: Okay? Dann vielen Dank für die sehr interessanten Beiträge.

## Interviewtranskript NotärztInnen

I: Zuerst mal ganz einfach die Frage: Wie häufig führen Sie im Berufsalltag ungefähr Leichenschauen durch, im Schnitt in der Woche?

NA1: Also in dem Haus, wo ich jetzt arbeite, seit eineinhalb Jahren keine. Und in dem Haus, wo ich vorher war, vielleicht zwei im Monat. Würde ich jetzt mal so sagen.

NA2: Meinen Sie jetzt als Notarzt?

I: Genau, das wäre meine nächste Frage noch gewesen. Generell im Berufsalltag und dann auch in welchem Setting? Also als Notarzt oder als Arzt auf der Intensivstation oder auch Normalstation.

NA1: Als Arzt auf der Intensivstation da wäre es ungefähr zweimal im Monat circa. Und als Notarzt hängt es natürlich von der Fahrfrequenz ab. Kann ich schlecht sagen. Einmal im Monat?

I: Okay.

NA1: Ich bin jetzt auch lange nicht gefahren, deshalb kann ich das jetzt nicht (...) ja, ist ein wenig schwierig, es zu benennen.

I: Okay, alles klar.

NA3: Also insgesamt muss ich sagen, da ich sowohl als Notarzt als auch auf der Intensivstation in der Klinik immer *ungeklärte* Todesursachen gemacht habe und dabei nicht ein einziges Mal einen *natürlichen* Tod, habe ich glaube ich noch nie eine komplette Leichenschau gemacht. Weil wir die dann immer an die Kripo übergeben haben. Und das war wahrscheinlich so ungefähr in der Häufigkeit auch irgendwie zweimal im Monat auf der Intensivstation. Und im Notarzdienst vielleicht in dem Jahr, wo ich gefahren bin insgesamt so zwischen fünf- und zehnmal. Also so häufig war es jetzt nicht.

I: Wie ist es bei Ihnen?

NA2: Ich würde sagen zwei von drei Notarzdiensten. Und auf der Intensiv auch so ein- bis zweimal Mal im Monat, also so eher einmal im Monat bei uns.

NA1: Ja, so ungefähr. Kann man jetzt schlecht genau sagen.

I: Dann fangen wir direkt an mit den Problemen, die es dabei gibt. Erstmal eine offene Frage. Gibt es irgendwelche strukturellen oder organisatorischen Aspekte, die Ihnen spontan einfallen, die immer wieder schwierig sind, hauptsächlich im notärztlichen Bereich?

NA1: Da ist es ja so, dass wir halt die erste Leichenschau machen. Aber nach zwei Stunden muss ja noch mal jemand gucken. Und da habe ich mich neulich mit einer Kollegin darüber unterhalten, da müsste man ja den Hausarzt wahrscheinlich verständigen, oder? Oder macht das dann der (...) weiß ich gerade gar nicht, wie das läuft. Wir füllen ja den Totenschein aus und nach zwei Stunden müsste ja nochmal ein Arzt draufgucken. Das erledigt dann wahrscheinlich der Hausarzt, richtig?

I: Normalerweise sollte der Notarzt ja schon den Tod feststellen, erstmal.

NA1: Genau, aber in der Klinik ist es ja so, dass man nach zwei Stunden nochmal schauen muss.

NA3: Wir haben das nicht gemacht. Also ich habe da mal gesagt: „Okay, derjenige ist tot.“ Und dann habe ich halt so lange gewartet, bis ich sichere Todeszeichen hatte. Und daraufhin habe ich den Totenschein ausgefüllt. Und dann dementsprechend zu dem Zeitpunkt hätte ich dann eine Leichenschau gemacht, wenn ich es als *natürlichen* Tod klassifiziert hätte. Du sagst ja: „Okay, derjenige ist tot“, anhand des EKGs als Beispiel. Und dann sind wir immer so eine halbe Stunde später noch mal reingegangen, um dann zu gucken, ob die sicheren Todeszeichen da sind. Und zu dem Zeitpunkt hätte ich dann vielleicht die Leichenschau gemacht, wenn ich einen *natürlichen* Tod dokumentiert hätte. Und dann sind die ins Kühlhaus gegangen oder halt (...) auf der Intensivstation. Und beim Notarzdienst ist es ja genauso. Ich habe immer so lange gewartet, bis ich sichere Todeszeichen hatte. Und dann ist das immer über die Kripo gelaufen und dann halt entsprechend bei dem Bestatter.

NA1: Klar, diese *Zwei-Stunden-Sache* ist ja nur, wenn es *natürlich* ist und wenn dann die [Leiche] halt danach in die Kühlung kommt, das stimmt schon.

NA3: Das Problem ist immer, dass die Kripo, wenn man die anruft, die spricht immer von erster und zweiter Leichenschau. Die verstehen das nicht so. Die fragen immer: „Ist die zweite Leichenschau schon gemacht worden?“

I: Was meinen die mit zweiter Leichenschau?

NA3: Wenn wir die Kripo anrufen und wir sagen „Hier ist jemand tot“, dann wollen die halt wissen, ob die zweite Leichenschau schon gemacht ist. Und was die dann meinen ist, ob der Totenschein schon ausgefüllt ist. Also nicht: „Okay, der ist jetzt tot und wir müssen jetzt noch warten, bis sichere Todeszeichen da sind.“ Sondern mit zweiter Leichenschau, glaube ich, meinen die immer, dass sichere Todeszeichen da sind und wir sicher den Tod dokumentiert haben.

I: Okay.

NA3: Aber nennen die halt irgendwie zweite Leichenschau.

NA1: Oder meinen die damit die erneute Prüfung nach zwei Stunden, so wie es im Totenschein auch steht?

NA2: Steht das darin?

NA3: Da habe ich noch nie gelesen ehrlich gesagt: *nach zwei Stunden*.

NA1: Wir haben das früher immer so gemacht, ich weiß aber nicht, ob es darin tatsächlich steht oder ob wir das nur so [gemacht haben].

NA3: Hä? Naja gut (...)

NA2: Ich kenne das aus meiner alten Klinik auch. Da haben die teilweise die Leiche vor den Kühlraum geschoben und dann haben die da gegammelt, weil keiner mehr hingeguckt hat. Und dann meinte die Schwester: „Da müssen wir die zweite Leichenschau machen.“ Aber wir schieben, die wie [NA3] das beschrieben hat (...) wenn man sichere Todeszeichen hat, gibt es die komplette Leichenschau und dann wird der Schein ausgefüllt. Und dann wird der auch relativ zügig in den Kühlraum gebracht, tatsächlich. Aber da gibt es viel Unsicherheit, glaube ich.

I: Dazu passt auch meine zweite Frage ganz gut. Wie viel Zeit liegt im Notarzdienst normalerweise zwischen der Benachrichtigung und dem Beginn der Leichenschau? Also, dass man vor Ort eintrifft und feststellt, dass derjenige tot ist?

NA1: Und dem Anrufen der Polizei?

I: Das jetzt gar nicht unbedingt, sondern einfach nur die Zeit zwischen dem Einsatz, also der Einsatz kommt rein und dem Moment, dass man feststellt: „Das ist eine Leiche und kein lebender Patient.“

NA3: Es hängt ja davon ab, ob man Reanimationsmaßnahmen durchführt oder nicht.

I: Ja, also in dem Fall, wo man keine [Reanimationsmaßnahmen] durchführt.

NA2: Da gibt es ja eine Höchstfrist. Also, du fährst ja mit Alarm dahin und bist ja in ein paar Minuten an der Leiche, quasi.

I: Also ein paar Minuten?

NA2: Ach so, okay, ja.

NA1: Also, ich hätte jetzt auch gesagt vier bis fünf Minuten. Ich meine, man geht ja dann rein, dann sieht man die Person (...) Gleichzeitig gibt es ja häufig auch einen Angehörigen, der dann kurz eine Anekdote erzählt, wie: „Ich habe den (...) vor einer Stunde war noch alles in Ordnung (...) oder seit gestern Abend nicht mehr gesehen“ etc. Und dann fasst man einmal an den Kiefer und dann ist es ja häufig schon so, dass der schon steif ist. Oder dass man einmal auf der Armunterseite schon die Flecken sieht oder so was.

NA3: Also man muss halt sagen, wenn man selber sagt (...) oder man kommt da hin (...) Es hängt ein bisschen davon ab, ob man vor dem Rettungsdienst da ist oder nicht. Also vor dem RTW, weil der RTW ist ja immer angehalten zu reanimieren. Es sei denn, also da fehlt der Kopf oder so. Die dürfen ja den Tod nicht feststellen. Aber dass man aber vor dem RTW da ist, ist ja nicht so häufig der Fall. Zumindest da, wo ich gefahren bin. Und dann muss man natürlich erstmal gucken: „Haben die jetzt angefangen zu reanimieren?“ Man bricht dann schon ab, wenn schon relativ klar ist, dass da sichere Todeszeichen sind. Wenn man als erstes da ist, das hängt dann auch davon ab, wie jemand aufgefunden wird. Eine Leiche, die ich gefunden habe, die war schon zwei Wochen tot. Also da muss man nicht groß suchen. Und einer hatte sich mal am Bahnübergang aufgehängt, da muss man auch nicht lange suchen. Aber sonst halt quasi bis zum Zeitpunkt, wo man in der Wohnung ist.

I: Und wie ist das, wenn man noch reanimiert hat und dann die Reanimation beendet? Wie machen Sie das dann mit der Feststellung des Todes? Welches Kriterium ist dann in der Regel das sichere Todeszeichen? Oder wie geht man mit dem Problem um, dass dann zu dem Zeitpunkt noch keine sicheren Todeszeichen da sind?

NA3: Also man muss ja schon sagen, wenn wir sagen: „Okay, wir stellen ein“, dann haben wir ja auf jeden Fall ein EKG dran (...) mit einem nicht mit dem Leben zu vereinbaren EKG. Und das ist ja meistens die dauerhafte Asystolie. Und das EKG lassen wir solange dran, bis wir sagen: „Wir fahren.“ Also es bleibt wirklich bis zum Ende dran, dass man einen möglichst langen Asystoliestreifen hat. Einmal das. Aber mit allem, irgendwie Materialabbau, auf die Kribo warten, Totenschein ausfüllen, das dauert ja meistens so lange, dass man zumindest an dem kleinen Finger oder so Leichenflecken hat. Und die warte ich eigentlich immer ab.

NA1: Genau, da ist nichts hinzuzufügen, sozusagen. Das dauert ja immer alles viel, viel länger, das sieht sich ja immer (...) und deshalb ist meistens schon der Zeitpunkt erreicht, bis die ersten Leichenflecken da sind. Genau.

NA3: In dem Notarztprotokoll, was wir ja bei uns zu Hause noch aufbewahren, da packe ich eigentlich immer einen langen EKG Streifen mit der dokumentierten Asystolie dazu. Möglichst über mehrere Minuten. Oder halt intermittierend alle drei Minuten oder so eine kurze Aufzeichnung oder so.

NA2: Was ich häufig habe (...) ich fahre in einem anderen Bezirk, glaube ich. Ihr fahrt ja beide in [Stadt]. In [Stadt] ist es so, da kriegt man öfter schon mal die Rückmeldung vom RTW, der erstintreffend war: „Person ist tot. Ihr braucht den Alarm nicht mehr zu haben“. Und dann macht mein NEF-Fahrer auch gern mal den Alarm aus. Dann habe ich aber leider nicht mitzureden, weil er darüber entscheidet, ob wir mit Alarm fahren oder ohne. Und dann fahren wir quasi zu jemanden, wo offiziell der Tod noch nicht festgestellt ist, ohne Alarm. Dann kommt man dahin und dann hat der keine sicheren Todeszeichen. Das kommt sehr häufig vor. Das sind meistens so Fälle, so Leute, wo du weißt: „Die würden die Reanimation wahrscheinlich eh nicht überleben.“ Ist trotzdem immer recht schwierig. Weil dann muss man (...) also im Grunde ist meine Taktik auch zu warten, bis sichere Todeszeichen da sind. Manchmal wirst du natürlich weggerufen. Für den Fall habe ich mir aber (...) schreibe ich eine vorläufige Todesbescheinigung in der Regel und warte bis zum Schluss, bevor ich dann die Totenflecken ankreuze. In dem Fall würde ich wahrscheinlich den Hausarzt kontaktieren und sagen, der sollte mal eine Leichenschau machen. Ich hätte keine Zeit gehabt und würde das einfach mitnehmen. Das wäre ja Urkundenfälschung, wenn ich jetzt quasi sichere Todeszeichen dokumentiere, obwohl die nicht da sind. Aber das ist ein schwieriger Fall, finde ich.

NA3: Da wird man bei uns nicht weggerufen, weil es so viele Notärzte gibt. Also das habe ich noch nie erlebt.

NA2: Echt?

NA1: Ich auch nicht.

NA3: Ich hab immer auf die Totenflecken gewartet. Und es gab die auch jedes Mal. Ich hatte da noch nie jemanden, der so anämisch war, dass es keine gegeben hätte.

I: Was ja noch eine Besonderheit ist beim Notarzt, also bei der Leichenschau im Notarzdienst, ist, dass man den Patienten in der Regel überhaupt nicht kennt und dass man auch auf das Setting

oftmals nicht vorbereitet ist. Also man kommt ja in eine völlig unbekannte Situation rein und kann dementsprechend zur Todesursache oft nicht so viel sagen. Wie gehen Sie damit um?

NA1: Bezüglich Todesursache *ungeklärt* oder *geklärt* ist es da für uns relativ einfach, weil man dann meistens dann *ungeklärt* ankreuzt. Weil selbst, wenn es der 95-Jährige mit diversen Vorerkrankungen ist, kann es ja trotzdem der Enkel sein, der da an sein Erbe wollte. Deshalb ist es da im Prinzip für uns (...) ja, gibt es einen guten Pfad, dass man *ungeklärt* ankreuzt. Und dann nimmt das Protokoll seinen Gang sozusagen.

I: Und was schreibt man dann in die Todesbescheinigung rein? Also in dieses Feld mit der Kausalkette und der Epikrise?

NA1: Ich würde es dann einfach so machen, wie es auch ist. Dass man es halt (...) „*Ungeklärte* Todesursache, da Patient nicht bekannt.“ Und dann würde ich aber trotzdem kurz noch eine Anamnese schreiben: „Patient hundert Jahre alt, Vorerkrankungen, so und so aufgefunden (...)“ vielleicht auch noch, obwohl das passt gerade nicht. So, aber halt kurz eine Anamnese dareinsetzen.

NA3: Meistens hat man ja doch oder häufig irgendeinen Arztbrief. Also zumindest hatte ich das bisher immer. Dass man sich auf irgendeinen Arztbrief beziehen kann. Und sonst habe ich aber auch schon einfach in beiden Fällen komplett *unbekannt* hingeschrieben. Einfach nur *unbekannt* und *unbekannt*. Also, was soll ich dahin schreiben? Wenn ich den am Bahnübergang aufgehängt finde, dann weiß ich ja gar nichts von dem. Im Zweifel noch nicht mal die Identität. Aber sonst(...) Zeit der Liegedauer manchmal, aber das kreuzt man ja sowieso an. Also es geht halt nur, wenn es über einen Arztbrief läuft, dass man sich da auf irgendwelche internistischen Vorerkrankungen beziehen kann. Aber im Notarzdienst hast du da sonst keine Ahnung.

I: Und wie ist es mit der Kontaktaufnahme zum Hausarzt oder zu der vorbehandelnden Klinik? Macht man das ab und zu?

NA2: Ja, man versucht es, wenn man Zeit hat. Klar. Also meistens ist ein Angehöriger da, der weiß, wer der Hausarzt ist. Und dann melde ich mich frei in der Regel, dass die Leitstelle mich abrufen kann. Aber [ich] versuche dann natürlich, Infos zu kriegen, weil ich idealerweise natürlich will, dass der Hausarzt die Leichenschau dann macht. In der Regel habe ich keinen wirklichen Anhaltspunkt, einen *natürlichen* Tod zu bescheinigen. Und da ich den eher schwierig bescheinigen kann, versuche ich die Leichenschau unter den Fokus zu lenken: „Habe ich Anhalte für einen *nicht natürlichen* Tod?“ Weil in dem Moment, wenn ich die hätte, zum Beispiel wenn einer am Bahnübergang hängt, ist es relativ offensichtlich, dann höre ich natürlich mit der Leichenschau auf, sobald ich den Tod festgestellt habe und übergebe das an die Kripo mit *nicht natürlich*. Wenn ich allerdings dafür keinen Anhalt finde, dann ziehe ich die Leichenschau soweit wie möglich durch. Ich mache dann *nicht geklärt* und übergebe das an die Kripo. Und dann kann ich natürlich versuchen, noch den Hausarzt zu kriegen, dass er das möglicherweise aufklärt, ob die Kripo dann Ermittlungen aufnimmt oder nicht.

I: Da muss ich vielleicht dann zum Verständnis nochmal fragen. Das heißt, bei Ihnen beiden (NA1 und NA3) ist es so, dass Sie, wenn Sie *ungeklärt* ankreuzen auch gar keine Leichenschau machen?

NA1: Also ich habe das schon gemacht. Doch schon.

I: So habe ich das eben verstanden.

NA3: Also ich habe eigentlich nie eine gemacht.

I: Okay. Also ist das unterschiedlich?

NA1: Hmm.

NA3: Ja, im Prinzip, also man muss halt sagen, das hängt ein bisschen damit zusammen, dass man im Notarzdienst natürlich auch immer abgerufen werden sollte und sich wieder frei melden sollte. Deshalb *muss* man die ja nicht machen. Aber das ist auch mit so die Kombination (...) man ist einfach ziemlich unerfahren, eine Leichenschau zu machen und ich weiß auch nicht, ob ich die so richtig durchführen könnte, wie es sein sollte. Da geht man halt gerne in diese Ausrede über: „Das ist eh ein *ungeklärter* Tod, da mache ich keine. Dann macht es jemand, der es vielleicht besser kann als ich.“

I: Kommt es in diesen Situationen schon mal vor, dass man die Leichenschau dann mit der Kripo zusammen macht? Also mit der Kriminalwache zum Beispiel?

NA3: Im Notarzdienst bisher nicht, nur auf der Intensivstation, aber im Notarzdienst nicht.

I: Gibt es noch irgendwelche weiteren organisatorischen oder strukturellen Probleme, die wir jetzt noch nicht hatten?

NA3: Ja, da würden mir ein paar Sachen einfallen. Einmal dass (...) ganz häufig oder zumindest ein paar Mal ist angerufen worden: „Hier ist jemand verstorben“, zum Beispiel im Altenheim. Und denen war klar, dass die Dame dementsprechend verstorben war. Die war auch eindeutig tot, aber da hat man vorher schon den Hausarzt angerufen. Dann hieß es, der könnte jetzt nicht kommen. Also haben die jetzt den Notarzt angerufen, um den Tod zu bestätigen. Das ist ja so eine grundsätzliche Sache. Was soll ich da machen? Da ruft der jemanden an. Das ist eigentlich nicht mein Job, wenn der Hausarzt nicht kommen kann. Und das zweite, dass es halt teilweise wirklich lange dauert, bis die Kripo dann kommen kann, wenn man einen *ungeklärten* Tod hat. Und man solange häufig nicht am Ort warten kann, weil man sich ja wieder frei melden muss. Aber man muss ja eigentlich auf die Kripo warten.

NA1: Ja, das stimmt.

NA2: Kann dann nicht der RTW das übergeben an die Kripo?

NA3: Ja, also irgendwie kriegt man das immer organisiert.

NA2: Ist natürlich trotzdem ärgerlich, wenn die nicht kommen (...)

NA3: Dass man dann irgendwie eine persönliche Übergabe an die Kripo macht, was ja eigentlich auch ganz nett wäre. Das ist halt nicht immer möglich.

NA2: Also was ich einmal hatte und was oft passiert wohl, dass ich einen *ungeklärten* Tod hatte. Ich habe das soweit ausgefüllt. Dann kam die Kripo. Ich habe das übergeben und beim Rausgehen hörte ich noch, wie der Kripobeamte sagte: „Na gut, dann rufen wir jetzt den Hausarzt. Die hier können wir ja dann zerreißen.“ Und dann macht der Hausarzt noch mal ein neues Dokument quasi, einen neuen Totenschein.

NA1: Was ja Quatsch ist.

NA2: Ja, vor allem ziemlich illegal, weil das ja Urkundenvernichtung ist im Grunde, was er tut. Das kommt wohl recht häufig vor, habe ich mir dann sagen lassen. Ich habe dann mit einem Ohr weggehört. Ich wollte mich da nicht reinhängen. Aber das ist natürlich nicht Sinn und Zweck der Sache, dass die Kripo solange telefoniert, bis jemand einen *natürlichen* Tod bescheinigt.

NA3: Vor allem existiert ja dann von der Person (...) es existieren dann ja mehrere Totenscheine. Also wenn auch nicht das Original, weil die das zerreißen, aber du hast ja Durchschläge.

NA1: Welche Frage in mir dann aufkommt: Der Hausarzt kann doch auch nicht sagen, ob *natürlich* oder *nicht natürlich*. Das muss doch letztendlich die Kripo entscheiden, oder nicht?

NA3: Der kann das ja schon, wenn er eine Leichenschau macht. Im Prinzip entscheidet das ja der, der die Leichenschau macht, ne?

NA1: Ja, aber der kann ja nicht (...) der weiß ja auch nicht, ob der Enkel ihm nicht das Kissen auf das Gesicht gedrückt hat. Das kann er ja in dem Moment durch die Leichenschau auch nicht verifizieren.

NA3: Ja gut, aber man kann ja nicht jeden obduzieren.

NA1: Das entscheidet die Kripo, oder nicht? Dann sagt die Kripo: „Ja gut, der Hausarzt hat gesagt zehn Vorerkrankungen, 95 Jahre alt. Stellen wir ein.“ Aber das entscheidet doch nicht der Arzt, oder?

NA3: Ja doch. Sonst müsste man ja bei jedem Toten (...) müsste dann ja die Kripo über *natürlichen* oder *nicht natürlichen* Tod entscheiden. Das ist ja nicht so.

I: Eine kurze Erklärung an dieser Stelle: Die Entscheidung ob *natürlich*, *nicht natürlich* oder *ungeklärt* trifft der Arzt. Und bei *ungeklärt* und *nicht natürlich* kommen die Ermittlungsbehörden ins Spiel. Und die müssen dann ihrerseits entscheiden, ob obduziert wird, aber sie entscheiden nicht über die Todesart.

NA1: Ach so. Ja, okay.

NA2: Also was ich noch ergänzen kann, was ich schon manchmal mache: Ich habe einmal bisher einen *natürlichen* Tod tatsächlich bescheinigt, weil es einfach plausibel war und ich mit dem Hausarzt telefoniert hatte. Und was ich auch von meinen Kollegen weiß und mir vornehme ist, den Hausarzt anzurufen, wenn ich Zeit habe. Weil manchmal kommt dann sowas heraus, dass der Hausarzt schon damit gerechnet hat, dass der Patient jetzt versterben wird. Dass da irgendeine Erkrankung war, irgendwas *akut auf Chronisches*. Wo aber mit dem Patienten quasi auch vereinbart war, dass er einfach zu Hause bleibt und wahrscheinlich versterben wird. In dem Fall war es, glaube ich, eine Pneumonie, die dem Arzt auch bekannt war, bei einer Krebserkrankung. Eine akute Pneumonie und zwei Tage später kam ich dann da quasi zur Leichenschau. Da hatte ich dann tatsächlich, weil das hat alles ganz gut gepasst von den Befunden auch, einen *natürlichen* Tod [bescheinigt].

NA3: Das wäre jetzt auch zum Beispiel (...) hatte ich die Situation nicht (...) aber wenn jetzt einer von den Patienten diesen Palliativausweis hätte, wo klar dokumentiert ist, der ist in einer palliativen Situation, dann würde ich da auch noch mal anders darüber entscheiden. Weil dann ja da auch dokumentiert ist, das ist eine palliative Situation. Die und die Erkrankung hatte er. Deshalb finde ich den Ausweis auch gar nicht schlecht.

I: Also dann entnehme ich oder höre ich daraus, dass in der Regel *ungeklärte* Tode bescheinigt werden, aber dass es in Ausnahmefällen auch mal *natürliche* Tode gibt?

NA1: Genau.

NA3: Genau, ja.

I: Wo wir gerade bei der Todesart sind: Ist es schon vorgekommen, dass die Polizei mit der Todesart *ungeklärt* oder *nicht natürlich* sozusagen unzufrieden war und gefordert hat, dass man das auf *natürlich* ändert?

NA1: Bei mir jetzt noch nicht.

NA3: Die haben es sicherlich nicht so direkt gesagt. Aber für die ist es natürlich auch mehr Arbeit, wenn ich einen *ungeklärten* Tod mache. Aber ich glaube, in [Stadt] haben die sich schon daran gewöhnt.

I: Also, da ist es eher kein Problem?

NA1: Würde ich nicht sagen. Also würde ich so sagen. Ja.

NA2: Also sehe ich genauso. Also da lasse ich aber auch keine Diskussion zu. Ist einfach so. Vielleicht sind die da unzufrieden, aber das ist halt die Entscheidung des Arztes.

I: Noch etwas zu der Kooperation mit der Polizei: Wie gehen Sie mit der Schweigepflicht um? Also gibt man vollständig Auskunft bei *ungeklärt* oder bei *nicht natürlich*, so gut wie möglich? Oder gibt es da auch Situationen, wo man sich gar nicht so sicher ist, ob man nicht wegen der Schweigepflicht lieber nichts sagen sollte?

NA3: Also, wenn man das an die Kripo übergibt, dann ja (...) also im Notarzdienst weiß ich ja im Zweifel sowieso kaum irgendwas. Nur da hatte ich es auch schon, dass die Kollegen von der Polizei zu mir meinten, ich müsste die Umschläge vom Totenschein nicht zukleben. Die würden sie gleich sowieso wieder aufmachen.

NA1: Das hatten wir auch schon mal.

NA2: Bei uns sagen die auch immer, wir sollen sie einfach offenlassen. (Lacht.)

I: Und wie ist das in der Klinik? Das würde mich auch noch interessieren, wenn da die Polizei kommt. Hat man da irgendwie Unsicherheiten bezüglich der Schweigepflicht?

NA1: Ja, weil man dementsprechend (...) also es hängt natürlich davon ab, wie lange die Patienten schon da waren. Aber die hätten natürlich am liebsten die kompletten Krankenunterlagen. Und was wir (...) das ist die Aussage von unserem Leiter der Intensiv: „Die kriegen den Kurvenkopf kopiert von der Intensivkurve. Aber sonst keine Unterlagen.“ Den Rest müssten sie dann über die Staatsanwaltschaft irgendwie anfordern, wenn es da Zweifel gibt.

I: Gibt es noch weitere Meinungen oder Berichte?

NA2: Also wir sind da tatsächlich recht transparent. Wir machen (...) also meine Überlegung ist ja immer, dass es ja im Interesse des Patienten ist, wenn der nichts anderes geäußert hat, dass man die Todesumstände aufklärt, wenn da was aufzuklären wäre. Auf der Intensiv machen wir tatsächlich eine relativ ausführliche Übergabe an die [Kripo]. Also mit dem, was relevant ist. Weil davon hängt ja die Entscheidung ab, ob die ein Todesermittlungsverfahren starten oder nicht. Als Notarzt mache ich es tatsächlich auch: Also die Informationen, die ich sammeln konnte, die habe ich bisher immer übergeben an die Kripo, tatsächlich. Ich hatte aber noch nie was, wo ich in den Konflikt hatte: „Also das könnte jetzt kompromittierend sein“ (...) Ob das jetzt wirklich wichtig für die Kripo ist. Und ob das wirklich im Sinne des Verstorbenen ist. Von daher: Bisher habe ich immer alles kommuniziert.

NA3: Ja, also das (...) Ich überlege gerade, ob es da irgendwann mal Probleme gegeben hat. Also wenn das so Unfalltodesursachen sind, ist das ja relativ klar. Also wie gesagt, mit diesem Kompromiss, dass die diesen Kurvenkopf bekommen, wo eigentlich grob zusammengefasst alles draufsteht, ohne jetzt zu sehr ins Detail zu gehen mit einzelnen Laborwerten oder so was. Damit geben die sich dann meistens zufrieden. Und ich meine, wenn ich denen sage: „Ja, das ist ein *ungeklärter* Tod“ und ich sage ihnen aber nicht, worum es geht, können die damit ja auch nichts anfangen.

NA1: Genau das stimmt. Also ich bin auch eher (...) oder mein altes Krankenhaus war eher offen mit den Infos.

NA2: Wo es vielleicht relevant sein könnte ist, wenn es um Lebensversicherungen geht, bei Verdacht auf Suizid. So in die Richtung Unfall-Suizid, diese Fragestellung. Aber andererseits ist es nicht meine Aufgabe, quasi dafür zu sorgen, dass jetzt beim Patienten oder beim Angehörigen das Beste rauskommt für die Versicherung, sondern tatsächlich die Umstände aufzuklären. Wenn ich also den Verdacht habe, kann die Polizei ja nur in die Richtung ermitteln, wenn ich sage: „Könnte sein, dass es selbstbeigebracht ist.“ Und dann quasi *nicht natürlich* ankreuze.

NA3: Aber *nicht natürlich* wäre es auch, wenn es ein Unfall wäre. Dementsprechend ist es eigentlich egal.

NA2: Ja.

I: Gibt es noch andere Anmerkungen zu der Zusammenarbeit mit der Polizei? Gibt es da noch irgendwelche Probleme oder auch Aspekte, die gut sind, die gut laufen, die erwähnt werden sollten?

NA3: Einmal hatte ich das: Da hatten wir einen infektiösen Patienten auf der Intensivstation, aber wie gesagt, das ist die Intensiv gewesen. Da hat die Kripo sich geweigert, in das Patientenzimmer reinzugehen, weil sie meinten, das wäre (...) sie wären immunsupprimiert, hätten irgendwie eine Vorerkrankung. Sie könnten da jetzt nicht rein. Die eine ist sogar in Tränen ausgebrochen deswegen. Deswegen kann ich mir vorstellen, dass das jetzt, dass wenn jetzt jemand bei einem Covid-Patienten eine *ungeklärte* Todesursache macht, das sowas nochmal vorkommt. Aber ansonsten (...) weiß ich nicht. Eigentlich ist das immer unspektakulär gewesen. Da ist jetzt nichts, was mir groß in Erinnerung geblieben wäre.

I: Also läuft die Zusammenarbeit mit der Polizei gut?

NA1: Ja, es ist ja auch häufig so, dass die Polizei die Rettungsdienstler häufig irgendwie kennt, dass die schon mal zusammengearbeitet haben etcetera oder sich schon 50 Mal über den Weg gelaufen sind. Also die sind sich auch nicht unbekannt.

I: Okay. Dann kommen wir zu einem neuen Komplex, und zwar zu situativen Problemen. Da hatten wir eben schon mal dieses Thema so grob angeschnitten, dass die Leichenschau eigentlich oftmals im Notarzdienst nicht durchgeführt wird, bei den Fällen, wo man zum Beispiel *nicht natürlich* oder ungeklärt bescheinigt. Für wie realistisch halten Sie denn überhaupt, also auch in der Klinik, diese Vorgabe, dass die Leichenschau am vollständig entkleideten Leichnam unter Einbezug aller Körperöffnungen und der gesamten Körperoberfläche durchgeführt werden soll? Was denken Sie, in wie viel Prozent der Fälle von Verstorbenen dies tatsächlich auch gemacht wird?

NA3: Also jetzt im Krankenhaus ist es definitiv einfacher als jetzt draußen auf der Straße, sage ich mal. Wobei das hängt halt auch ein bisschen davon ab (...) wenn ich da so einen Patienten habe, der seit drei Wochen auf der Intensivstation liegt, dem ist ja sowieso schon irgendwann in jede Körperöffnung geguckt worden. Da bin ich mir nicht so sicher, was es bringt, dass ich das nach drei Wochen Intensivaufenthalt nochmal mache. Was ich dann noch finden soll. Sicherlich nicht bei allen. Auf der Straße sowie nicht. Ich weiß nicht, ob ich da eine Prozentzahl nennen könnte.

NA1: Also im Krankenhaus ist es einfacher dadurch, dass die auch ihr Hemdchen anhaben und nicht wie zu Hause ihre zwanzig Schichten an Kleidung, die man dann erstmal ausziehen müsste. Wobei ich das im Krankenhaus bisher immer so (...) wahrscheinlich auch ein bisschen zu ungenau, gemacht habe. Ich habe mir natürlich alle Körperöffnungen angeguckt. Aber ich habe den Patienten jetzt nicht entkleidet, so dass der jetzt quasi nackt vor mir lag. Das muss ich gestehen, das habe ich nicht gemacht.

NA2: Krankenhaus ist einfacher, [das] sehe ich auch so. Draußen (...) also entkleiden? Oft hat man so etwas, dass einer im Schlafanzug quasi tot im Bett liegt. In solchen Fällen zum Beispiel schiebe ich die Kleidung einfach einmal hoch, gucke drunter, aber ich ziehe sie nicht unbedingt aus.

NA1: Genau, ja.

NA2: Körperöffnungen guckt man natürlich schon. Aber so draußen, dass man das wirklich bis zum Ende durchziehen kann, bevor man wegmuss, das dauert da ja auch eine Weile. Ich würde sagen, das ist ein einstelliger Prozentbereich, vorsichtig geschätzt, wo das tatsächlich bis zum Ende durchgeführt wird. Da gibt es ja auch zeitliche Vorgaben, wie lange das dauern soll. Und das ist glaube ich utopisch, wenn man als Notarzt draußen ist. Ich glaube, das waren über 35 Minuten.

I: Und wie ist das zum Beispiel mit dem Umwenden der Augenlider, um nach Petechien zu gucken? Wird das gemacht?

NA2: Ich habe das noch nie gemacht.

NA1: Ich auch nicht.

NA3: Ich auch nicht. Also ich glaube, wenn ich eine Leichenschau machen würde, würde ich es machen. Aber wir machen das halt sehr selten.

I: Woran liegt das denn? Das würde mich interessieren, dass man die Leichenschau nicht so vollständig macht, wie sie eigentlich gemacht werden soll? Was sind die Gründe dafür?

NA3: Ich glaube einfach fehlende Routine. Und dass man sich in dem Bereich, wenn man nicht gerade Rechtsmediziner ist, grundsätzlich eher unsicher fühlt. So geht es mir zumindest.

NA1: Und vielleicht auch, dass man halt schon durch weniger Maßnahmen sich sicher ist, dass der Patient wirklich tot ist. Und dass man dann keinen Mehrwert mehr sieht, indem zum Beispiel noch die Lider einmal umzuklappen etcetera.

NA2: Ich würde auch sagen, dass es die Routine ist, die fehlt. Ich meine, das mit den Petechien macht ja eigentlich Sinn. Aber ich gucke einfach nur in die Augen. Ist ein bisschen Schludrigkeit, an sich Routine. Wenn man systematisch immer das Gleiche machen würde bei jeder Leiche, ich glaube, wenn man dann entsprechend die Übung hätte, dann würde es auch schneller gehen. Das würde helfen.

I: Hat es auch was mit Ekel zu tun? Oder so einer gewissen Hemmung gegenüber einer Leiche?

NA3: Wenn du da jetzt wirklich eine verwesene Leiche hast, mit Sicherheit. Aber die wenigsten (...) also eine einzige hatte ich mal, die war wirklich irgendwie seit zwei Wochen tot. Aber da hätte ich wahrscheinlich auch keine Petechien mehr gesehen. Ansonsten eigentlich nicht.

NA1: Für mich auch nicht.

NA3: Die Lebenden, die man so auf Intensiv dann teilweise sieht, die noch so gerade leben, die sehen genauso aus und da hat man dann auch nicht wirklich Ekel vor. Deshalb macht das dann für mich keinen Unterschied.

NA1: Nein, für mich eigentlich auch nicht. Da hat man dann eigentlich wenig Hemmungen, sozusagen.

NA2: Nein, eigentlich würde ich das auch so sehen.

I: Das heißt, das wichtigste Argument ist einfach Unsicherheit oder Unerfahrenheit in der Tätigkeit?

NA3: Ja.

NA1: Ja.

I: Dann würde es vielleicht helfen, wenn man Fortbildungen machen könnte. Gibt es da Angebote?

NA3: Mit Sicherheit. Also ich hatte mir zum Beispiel, als ich angefangen habe Notarzt zu fahren (...) Da gibt es so eine Infobroschüre, ich weiß nicht, wer die rausgegeben hat. Wie fülle ich den Totenschein aus? Wie mache ich eine Leichenschau? Die hatte ich immer dabei. Da habe ich noch ein- bis zweimal reingeguckt. Aber eigentlich müsste man (...) so ein Video wäre ganz sinnvoll: Wie mache ich das? Und wie ist eine gewisse Systematik, an die ich mich halten kann? Aber ob es das gibt, weiß ich nicht.

NA2: Es gibt so viele Fortbildungen, die man machen müsste. Ich weiß nicht, ob das die wichtigste ist. Es gibt ja viele Defizite, die man einfach regelmäßig üben muss. Und das ist ja auch immer so ein Zeitfaktor. Was, glaube ich, helfen würde, wäre so eine Art SOP-Leichenschau. Ich glaube, wir haben die gar nicht bei uns im Bezirk. Oder vielleicht, das könnte man sogar so appgesteuert machen, also so eine App, die einen durchnavigiert mit Entscheidungsprozessen. Theoretisch denkbar. Falls mal jemand so etwas entwickelt, wäre das bestimmt cool. „Drehen Sie jetzt die Augenlider um. Machen Sie jetzt das Nächste. Sehen Sie irgendwas, ja/nein und so weiter?“ Aber ich weiß nicht, ob ich auf eine Fortbildung zur Leichenschau freiwillig gehen würde, wenn ich auch zu einer ACLS-Fortbildung gehen kann. Das sollte man ja auch ab und zu mal wieder trainieren. Oder was weiß ich: Traumafortbildung. Also da gibt es echt viel.

NA3: So eine Checkliste, so eine App-Checkliste, die man als Notarzt ja dann doch immer dabei hat, auch wenn es auf dem privaten Handy ist, das würde es sicherlich einfacher machen, auch im Klinikalltag.

I: Könnte das auch dabei helfen, die Todesbescheinigung besser auszufüllen? Wenn zum Beispiel in so einer Checkliste stünde: Wenn derjenige eine Verletzung am Kopf hat, und es ist seit dem bekannten Sturzereignis keine Bildgebung des Kopfes gemacht worden, dann muss man *nicht natürlich* oder *ungeklärt* ankreuzen. Wenn man also so Fallbeispiele hätte, anhand derer man sich orientieren kann. Würde das helfen?

NA1: Auf jeden Fall.

NA3: Ja.

NA2: Ja.

NA3: Also grundsätzlich muss man sagen, ich habe, glaube ich, lange gebraucht, bis ich einen Totenschein nicht zweimal ausfüllen musste, weil ich mich auf dem ersten irgendwie verschrieben habe oder das Blatt falsch umgeblättert habe und deshalb falsch durchgeschrieben habe. Die sind ja schon sehr komplex auszufüllen.

NA2: Kontraintuitiv könnte man sagen.

(NA1 lacht.)

I: Also da besteht, wenn ich das richtig höre, auch Änderungsbedarf?

NA3: Ja vor allem, wenn man bedenkt, dass die ja zwischen den Bundesländern auch unterschiedlich sind. Deshalb, wie gesagt, ich musste schon einige wegschmeißen, weil ich mich verschrieben habe.

I: Und was ist da so das Schwierigste an diesem Formular, die Stelle, wo man die meisten Probleme mit hat?

NA3: Vor allem geht es mir immer darum, dass ich zum falschen Zeitpunkt das erste Blatt weggeklappt habe.

NA2: Da stolpert jeder drüber, wollte ich gerade sagen, genau.

NA1: Genau.

I: Gibt es auch noch andere?

NA1: Die Anzahl (...) nicht die Sachen, die man ausfüllen muss, also nicht der Inhalt, also mehr die Struktur der Bescheinigung. Das ist eher ein bisschen problematisch.

NA3: Oder dann diese eine Frage. Da wusste ich jetzt nie, was ich da ankreuzen soll. Irgendwie bin ich jetzt der behandelnde Arzt, in dem Moment, wo ich als Notarzt dahin komme? Oder man kann ja ankreuzen *nach Erkenntnis* des behandelnden Arztes oder *nach Aussage* des behandelnden Arztes oder irgendwie so was in die Richtung. Ich weiß es jetzt nicht mehr auswendig.

NA2: Behandelnder Arzt und nicht behandelnder Arzt mit Rücksprache zum behandelnden Arzt. Das gibt es, genau.

NA3: Ich meine nur, was bin ich denn dann in dem Moment? Das hat mich immer vor Fragen gestellt.

I: Wie ist das mit der Todesursachenkaskade, also mit der Kausalkette? Ist das einfach, das einzutragen oder könnte man das besser gestalten?

NA3: Also im Notarzdienst hat man ja relativ wenig Informationen. Deshalb finde ich, hat man ja nicht so viel, was man da eintragen kann. Aber an sich, da steht ja auch noch irgendwie was von Vorerkrankungen, die nicht relevant sind oder Vorerkrankungen, die unmittelbar zum Tod geführt haben oder die da waren und nicht unmittelbar zum Tod geführt haben. Finde ich schon ein bisschen schwierig und wenn man dann wirklich was hat, hat man zu wenig Platz.

NA1: Ja, genau, der Platz, das habe ich auch immer so als Problem empfunden.

NA3: Also jetzt gerade auf der Intensivstation, wenn man irgendwie ein bisschen längere Verläufe hat. Dann hat man einfach keine Möglichkeit, wenn überhaupt, die relevanten Sachen zu dokumentieren.

NA1: Und ich war mir auch nie sicher, ob ich das jetzt in Stichworten ausfüllen soll oder mit so einem Pfeil quasi. Was von einem zum anderen geführt hat. Oder ob man das wirklich alles ausformulieren soll. Was dann natürlich in einem Platzproblem gemündet hat.

I: Und wie ist das mit dem Feld *Epikrise*. Benutzen Sie das häufig?

NA2: Auf jeden Fall. Also bei *ungeklärten* Toten ist das das Feld, was man am Ehesten ausfüllen kann, weil man schildern kann, wie man den Toten oder die Tote vorgefunden hat. Während man bei den Vorerkrankungen ja teilweise schon eine Einordnung machen muss: Ist das jetzt relevant oder ist es nicht relevant? Aber wenn ich jetzt die Todesursache nicht kenne, kann ich das manchmal gar nicht einschätzen. Deswegen ist das Epikrisenfeld eigentlich sehr, sehr wichtig. Das ist auch ein Platzproblem.

NA3: Dieser Freitext, den finde ich viel sinnvoller, da konnte ich immer mehr hinschreiben als in diese kategorisierten Fragen zu Vorerkrankungen oder sowas.

I: Eigentlich waren wir jetzt gerade noch beim Thema *situative Probleme*, deshalb gehe ich jetzt nochmal dahin zurück. Mit *situativ* meine ich in der Situation der Leichenschau als Notarzt vor Ort. Da würde mich noch interessieren, ob es da Probleme mit Angehörigen gibt in irgendeiner Form?

NA3: Habe ich jetzt bisher nicht gehabt.

NA1: Ich hatte das bisher einmal, dass ich gerufen wurde. Und da war der Patient, es war ein älterer Herr, weiß nicht, vielleicht um die 80 Jahre alt. Bei Eintreffen des Rettungsdienstes hat er noch gesprochen, quasi. Hat gesagt: „Oh, mir ist auf einmal schwindelig“, ist umgekippt und wurde reanimationspflichtig. Und wir kamen quasi zur laufenden Reanimation. Und da waren die Mutter und der Sohn da. Und wir haben so eine Dreiviertelstunde dann reanimiert. Die wollten aber immer, dass wir noch weiter machen und weiter machen und weiter machen. Und da war ich auch so ein bisschen unsicher, nicht was das Outcome angeht unbedingt (...) Also ich hätte wohl auch aufgehört, aber ich wollte denen auch nicht (...) also mir es schwer gefallen, in dem Moment vor den Augen der Frau und dem Sohn zu entscheiden, obwohl die es nicht wollten: „So wir hören jetzt auf.“ Also für mich war das medizinisch vertretbar, aber ich fand es halt schwierig, das mit den Angehörigen zu kommunizieren.

NA3: Ja.

NA2: Probleme hatte ich bisher noch nicht mit Angehörigen.

NA3: Ich hatte das einmal. Da war ich in so einem Flüchtlingsheim. Und das war in einem von diesen Zimmern, wo halt eine Familie wohnte, in diesem Zimmer. Und wir haben den Vater reanimiert. Ich meine, wir hätten den schon reanimationspflichtig aufgefunden und haben dann dementsprechend nach einer Dreiviertelstunde gesagt: „Wir hören jetzt auf.“ Und dann hatten sich aber schon so viele andere im Flur aufgefunden und vorgefunden. Und [die] hatten das dann auch alle mitbekommen. Und dann in dem Moment, wo wir dann gesagt haben: „Wir hören auf“, brach dann im Flur quasi die Hysterie aus. Und eins von diesen Mädels, also die gehörte, glaube ich, gar nicht zu der Familie, aber die kannten sich natürlich untereinander, wollte sich dann die Treppe (...) weil das war so ein Treppenhaus mit einem relativ großen Mittelstück, also die Treppe ging an der Wand lang nach oben, so dass du eigentlich wunderbar mitten reinspringen konntest. Wir waren im dritten oder vierten Stock. Dann wollte die sich darunter stürzen. Und da gab es natürlich noch die Sprachprobleme, dass du mit keinem von denen wirklich sprechen konntest. Aber das war so das Einzige. Sonst war immer (...) waren die Angehörigen eigentlich immer (...) das war häufig nicht so unerwartet, diese Todesfeststellung. Die waren natürlich traurig und am Boden zerstört. Aber ich hatte jetzt nie einen, der sich da groß dagegen gewehrt hätte und versucht hätte, uns von etwas Anderem zu überzeugen.

NA1: Bei mir war es dann so, dass ich selbst noch mal das Oberarzt-NEF angerufen habe, weil ich mir da irgendwie unsicher war. Und der aber auch gesagt hat: „Hier, wenn es für dich medizinisch vertretbar ist, dann hör auf.“ (...) was aber dann noch geholfen hat, dass die Angehörige selbst noch mit einer Freundin telefoniert hatte, die Krankenschwester war und die auch selbst gesagt hat: „Hier, aufhören!“ Und dann war es für die auch okay. Ich selbst hatte für mich aber so ein bisschen das Problem damit, dass ich weder natürlich den Patienten kannte, die Frau kannte, den Sohn kannte. Und das vor deren Augen so zu entscheiden, das ist mir in dem Moment schwergefallen.

NA3: Man muss aber auch noch mal betonen, dass ich jetzt im Verlauf meiner Notarztztätigkeit am Anfang, gerade so bei den ersten Diensten, sicherlich anders entschieden habe als ich es nach einigen Jahren oder einigen Diensten dann mache. Also man lernt schon mit der Zeit sehr viel dazu. Auch aus diesen Situationen, so dass ich jetzt im Nachhinein sicherlich in der einen oder anderen Situation ganz anders entschieden hätte.

I: Okay. Dann habe ich noch Fragen dazu, wie Sie persönlich zur Leichenschau stehen. Also, wie stehen Sie zu der Aufgabe, eine Leichenschau durchzuführen und die Todesbescheinigung einer Person auszufüllen? Ist das ein alltägliches Geschäft oder etwas Besonderes? Ist das traurig oder ganz normal?

NA1: Es gehört auf jeden Fall dazu. Es gehört genauso dazu, wie die Behandlung sozusagen am Lebenden. Und *traurig* hängt natürlich irgendwie vom Patienten ab. Ob das jetzt der 50-Jährige ist oder nicht. Ob es der 95-Jährige ist, der sozusagen, sein Leben gelebt hat. Das spielt für mich schon irgendwie eine Rolle beim Ausfüllen des Scheins, irgendwie. Oder der Situation. (...)

NA3: Ja, total. So wertend kann ich das jetzt im Notarzttdienst gar nicht so konkret sagen. Emotional mehr verbinden einen natürlich die Patienten, wenn man die auf der Intensivstation sieht, weil man mit denen länger Kontakt hatte und [mit] den Angehörigen mehr Kontakt hatte. Und bei mir ist halt eine

emotionale (...) also Traurigkeit oder sonst irgendwas hängt immer sehr von den Angehörigen ab, die dabei sind. Aber ansonsten ist das natürlich, es gehört dazu. Und dann macht man das auch, auch ordentlich. Und stört mich jetzt nicht. Also jetzt bezüglich Totenschein ausfüllen: Wie gesagt, [eine] Leichenschau ist ja eher (...) habe ich ja, wie gesagt, noch nicht so häufig gemacht, da es immer die *ungeklärten* Todesursachen waren.

NA2: Also eine affektive Komponente habe ich da eigentlich auch nicht. Also als Notarzt hast du eine Distanz dazu. Es gibt schönere Sachen sicherlich, aber es gehört halt dazu. Und auf der Intensiv, wie wir ja schon sagten, man hat da schon bisschen mehr Bindung, weil man den Patienten natürlich kennt. Ist ja logisch. Aber trotzdem gehört es einfach dazu. Man muss es machen.

I: Das ist gerade schonmal kurz angesprochen worden, dass es ja eine ärztliche Tätigkeit ist. Fühlt sich das denn weniger nach einer so plastisch-ärztlichen Tätigkeit an andere, z. B. kurative Tätigkeiten?

NA2: Es ist eine originär ärztliche Tätigkeit, also die Leichenschau muss ja ärztlich durchgeführt werden. Im Gegenteil stört es mich sogar, wenn, also was ich vorhin erwähnt habe, das Beispiel, dass dann der ersteintreffende RTW den Tod quasi feststellt. Auch wenn die Jungs das natürlich auch schon gesehen haben, einen Toten, gibt es einen Grund, dass das ärztlich sein muss. Und deswegen ist das für mich jetzt (...) das gehört dazu.

NA3: Ich meine Palliativmedizin ist auch ja auch hundertprozentig ärztliche Tätigkeit, ohne dass es kurativ ist, dementsprechend. Das ist halt so die letzte Maßnahme, die du machen kannst.

I: Also gehört das einfach dazu?

NA3: Ja.

NA1: Genau.

I: Okay. Wir hatten eben schon mal kurz über das Thema Ekel gesprochen. Das ist sicherlich insbesondere bei Fäulnisleichen ein Problem. Wie gehen Sie damit um?

NA3: Ja (...)

NA1: Wie gesagt, vielleicht Augen zu und durch. So ungefähr. Man muss es machen. Je schneller man es erledigt hat, desto angenehmer und fertig sozusagen.

NA3: Ja. Also ich hatte, wie gesagt, nur eine Leiche bisher, die relativ, was heißt relativ, auf jeden Fall nicht frisch war. Es war schon irgendwie skurril, wenn man dann in die Augen geguckt hat. Und die waren schon komplett eingefallen. Da rümpft man auch mal die Nase. Aber jetzt so richtig ekelig? Also da gibt es Dinge, die ich ekeliger finde. Aber das ist jetzt auch keine gewesen, die jetzt irgendwie komplett aufgetrieben war und seit, ich weiß nicht wie lange, schon vor sich hin gefault ist. Also ich glaube, es gibt sicherlich auch ekeligere Leichen, aber grundsätzlich auch ekeligere Tätigkeiten am lebenden Menschen, als so eine Leiche zu sehen. Finde ich.

NA2: Bei uns im RTW gibt es ein Raumspray. Das ist, glaube ich, mit Schokogeruch. Der Klassiker ist, dass man zu viel davon nimmt. Aber ehrlich gesagt, das Spray ist ekeliger als das meiste, was ich bisher gerochen habe. Ich hatte (...) Ich erinnere mich jetzt gerade an zwei Leichen, wo ich durchaus Ekel empfunden habe. Der eine war mit dem Sofa verwachsen. In dem ganzen Zimmer waren Fliegen.

NA3: Fies, ja.

NA2: Das ging. Man ist ja doch einiges gewohnt, inzwischen. Es gibt halt auch so andere Körperflüssigkeiten, die man schon kennengelernt hat. Da ging das erstaunlicherweise. Das andere war ein Junkie, der schon länger tot da lag. Man hat natürlich erstmal (...) man bleibt einmal kurz stehen, bevor man dann halt anfängt, die Leiche zu berühren, um dann die Leichenschau soweit wie möglich zu machen.

NA3: Aber stimmt schon, die Insekten (...)

NA2: Wenn es wirklich ekelig wird, würde ich es zulassen, glaube ich. Geht ja nicht anders. Also das dann irgendwie zu verleugnen macht keinen Sinn.

NA1: Was aber, finde ich, psychisch so ein bisschen hilft, so gerade beim Notarztdienst, dass man ja auch nicht allein mit der Person im Raum ist. Auf der Intensiv, in der Box ist man ja manchmal allein. Aber wenn man irgendwie Notarzt fährt, dann ist ja auch der NEF-Fahrer dabei. Und wenn man da so ein bisschen kommentiert oder (...) dann hat man sich schon wieder so ein bisschen mehr überwunden.

NA3: Also ich glaube, das muss man ja auch abhängig davon machen, ob irgendwelche Angehörigen dabei sind. Dann würden sicherlich ein paar Sprüche kommen, wo es besser ist, wenn keine Angehörigen dabei sind, sagen wir mal so. Damit man das selbst besser verarbeiten kann.

NA1: Ich meine jetzt auch nicht kommentieren im Sinne von: „Öh, guck mal hier!“, sondern dass man einfach so sagt: „Das finde ich gerade fies.“ So.

NA3: Ja genau. Aber das muss ja auch nicht unbedingt ein Angehöriger mitbekommen.

NA1: Ja das stimmt, klar.

I: Okay. Persönliche Aspekte, die noch eine Rolle spielen könnten, wären auch, wenn man den Patienten selbst mitbehandelt hat. Insbesondere natürlich in der Klinik. Aber auch im Notarztdienst kommt es ja vor, dass man den eben für tot erklärt, nachdem man eine Behandlung durchgeführt hat. Spielt das da eine Rolle, dass man Zweifel an der eigenen Behandlung hat oder gegebenenfalls sogar eine Mitschuld an dem Tod empfindet?

NA3: Also was ich mir angewöhnt habe, wenn ich Reanimationsmaßnahmen einstelle, dass ich das immer im Einverständnis mit dem gesamten Team mache. Also ich frage immer das gesamte Team, ob die damit einverstanden sind. Oder ob es noch irgendwas gibt, was sie sonst noch machen würden. Oder ob ich irgendwas vergessen habe. Und da ist sicherlich immer ein bisschen Unsicherheit mit dabei. Aber, ich meine, ich bin dann gerade im Notarztdienst auch mit (...) da sind ja Leute dabei, die kennen die Situation. Denen fällt vielleicht auch noch irgendwas anderes ein, was ich noch nicht bedacht habe. Deshalb mache ich das eigentlich immer nur, wenn alle damit einverstanden sind. Jetzt vom Team selbst.

NA2: Ja, mache ich auch so.

I: Dann stelle ich die nächste Frage: Also wir hatten jetzt ja schon öfter das Thema *Unsicherheit* oder *Unerfahrenheit* angesprochen. Ich würde mal drei Bereiche nennen, in denen Unsicherheit bestehen kann. Und ich möchte Sie dazu fragen, welcher davon oder in welchem Bereich die Unsicherheit am größten ist oder, ob vielleicht auch alle gleich sind. Also einmal die praktische Durchführung der Leichenschau, das Ausfüllen der Todesbescheinigung oder auch die rechtlichen Hintergründe, also zum Beispiel die Frage nach der Schweigepflicht. Was ist da das Hauptproblem?

NA3: Ich glaube, mit dem Ausfüllen der Todesbescheinigung habe ich mich jetzt schon öfter auseinandergesetzt. Deshalb ist da jetzt eigentlich keine große Unsicherheit mehr. Ich muss halt immer aufpassen, dass ich das so richtig ausfülle. Aber bei den anderen beiden würde ich mich schon schwertun. Da wüsste ich auch nicht, wo die Unsicherheit größer ist.

NA1: Würde ich auch sagen. Wobei die rechtliche Unsicherheit bei mir vielleicht sogar ein bisschen größer ist. Also dass vielleicht die rechtliche Komponente ein bisschen mehr (...)

NA3: Ja, ich glaube auch.

NA1: Wenn ich die Leichenschau nicht hundertprozentig richtig mache, so ändert es ja nichts am Gesamtergebnis. Der ist tot. Aber ob man rechtlich irgendwas da nicht so hundertprozentig gemacht hat, hat vielleicht doch schon ein bisschen Bedeutung.

NA3: Ja, das stimmt. Also bei den rechtlichen Sachen muss ich sagen, kann ich jetzt wahrscheinlich noch weniger Fragen beantworten als dazu, wie man das Ganze durchführt.

I: Wäre das denn etwas, was man gerne wüsste, also wo man dann vielleicht auch eine Fortbildung wahrnehmen würde?

NA3: Ja, also mit Sicherheit. Dass man sich das mal so durchliest, nochmal oder (...)

NA1: Oder also halt vielleicht auch in so einer SOP oder in so einer Kurzfassung auf jeden Fall. Das ist vielleicht auch, dass man das irgendwie möglichst kurzhält. Dafür aber klare Aussagen. Weil man sich höchstwahrscheinlich nicht die Zeit nimmt, das im Detail mit einer ewig langen Fortbildung zu erfassen, sozusagen. Da wäre wahrscheinlich sinnvoller, wenn es irgendwie kurz und prägnant irgendwo zusammengefasst wäre.

I: Okay. Und welche rechtlichen Fragen sind das hauptsächlich?

NA3: Also Schweigepflicht ist schon ein relativ (...) da wäre ich mir jetzt tatsächlich ein bisschen unsicher, wie ich damit gegenüber der Kripo umgehen muss. Was war denn da noch? Also was ich tatsächlich einmal hatte, jetzt als Beispiel, bei dieser Leiche, die da am Bahnübergang hing, da konnte man so über die Brüstung rüber gucken und sich (...) ja der hing jetzt nicht so mega tief, also (...) aber ich wusste jetzt nicht: „Muss ich den jetzt hochholen, um den Tod offiziell zu bestätigen oder darf ich den nicht anfassen und muss auf die Kripo warten?“ Ich meine, ich konnte die Leichenflecken auch sehen, indem ich über die Brüstung geguckt habe. Aber da war ich mir tatsächlich nicht sicher, wie ich jetzt da am besten vorgehe bei einer ganz offensichtlich *unnatürlichen* Todesursache. Also man sieht das ja immer so schön im Fernsehen, dass dann irgendwelche Leichen von der Polizei untersucht werden, die in einer komischen Situation aufgefunden wurden. Wo man ganz genau sieht, da hat noch nie ein Arzt draufgeguckt. Das ist natürlich auch falsch. Aber in der Situation bin ich mir tatsächlich unsicher. Wenn ich jetzt da irgendjemanden liegen hätte mit einer Schusswunde, von dem ich (...) da muss man ja schon irgendwie gucken, ob der jetzt wirklich tot ist, bevor ich jetzt die Polizei anrufe oder die Kripo wegen des Todes.

I: Noch weitere Anmerkungen? Dann vielleicht auch noch kurz zum Thema *Fortbildung* oder *Wissen*. Wurde das im Studium alles ausreichend besprochen, also die Todesbescheinigung, die Leichenschau und deren Durchführung?

NA1: Leichenschau würde ich sagen, dass wir das schon (...) dass das schon Thema war. Totenschein ausfüllen eher nicht. Bis zum Berufsleben hatte ich damit keinen Kontakt, würde ich sagen.

NA3: Ich bin mir gar nicht mehr ganz genau sicher. Ich weiß, dass wir immer relativ guten (...) also die Vorlesungen in der Rechtsmedizin waren schon sehr gut. Waren auch immer recht interaktiv. Ich glaube, der Totenschein ist mit Sicherheit einmal durchgesprochen worden, aber ich weiß nicht wie genau.

NA2: Ich kann mich noch gut daran erinnern, tatsächlich. Also ich habe da tatsächlich viel mitgenommen. Einer der wichtigsten Sätze, weiß ich noch, war von der Professorin, dass der Totenschein quasi für uns da ist und nicht wir für den Totenschein. Seitdem habe ich das immer im Hinterkopf, wenn ich das Ding ausfülle. Weil ich zum Beispiel da, wo Unterschrift steht, immer meine Telefonnummer daneben schreibe. Es gibt zwar kein Feld dafür, aber ich mache es einfach. Und teilweise ignoriere ich deshalb die Vorgaben so ein bisschen. Und wenn ich halt keinen Platz habe, dann schreibe ich es halt so, dass man es auf allen Durchschlägen lesen kann. Also insofern, das habe ich auf jeden Fall mitgenommen aus dieser Vorlesung.

NA3: Meine Handynummer schreibe ich auch immer daneben. Ich meine, die wissen sowieso irgendwann, wer es ausgefüllt hat. Dann ist es für die einfacher, einen direkt anzurufen und müssen nicht irgendwie über Gesundheitsamt gehen oder über wen auch immer, um uns ausfindig zu machen.

I: Gibt es noch irgendwas, was gesagt werden muss zur Todesbescheinigung? Was da geändert werden sollte oder was Probleme macht? Oder haben wir da alles Wichtige?

NA3: Nein, die Unsicherheiten haben wir schon durchgesprochen. Also von mir aus.

NA1: Genau.

I: Dann habe ich noch so mitgenommen (...) vielleicht können wir kurz darüber sprechen. Im Notarzdienst ist es ja anscheinend so, dass man schon dazu angehalten ist, öfter *ungeklärt* zu bescheinigen. Gibt es da eine offizielle Arbeitsanweisung dazu?

NA1: Soweit ich weiß nicht. Oder, ihr beiden?

NA3: Ja, ich glaube, es gibt, was Todesbescheinigungen angeht, gibt es eine Arbeitsanweisung, wie man vorzugehen hat. Aber da steht nicht drauf, wir müssen das oder das machen. Also das auf gar keinen Fall. Da ist es bei uns auf der Intensivstation eigentlich immer anders. Da sind wir angehalten, immer *ungeklärt* zu machen, sobald die Patienten irgendwie operiert worden sind oder länger bei uns gelegen haben. Es sei denn, es ist irgendwie was wirklich ganz Offensichtliches gewesen.

I: Wie ist es bei Ihnen auf der Intensivstation?

NA2: Das sind irgendwie individuelle Entscheidungen. Oft entscheidet das der Oberarzt tatsächlich. Ja genau. Also eine direkte Vorgabe gibt es da nicht, dass man das per se als *nicht natürlich* oder *ungeklärt* machen soll. Tendenziell habe ich das Gefühl, dass wir sehr oft auch einen *natürlichen* Tod bescheinigen, wo man das auf anderen Intensivstationen wahrscheinlich nicht getan hätte. Und im Notarzdienst gibt es überhaupt keine Vorgaben.

NA1: Genau, das kann ich von uns aus, von meinem alten, etwas kleineren Haus auch bestätigen, dass wir wahrscheinlich zu oft *natürlich* angekreuzt haben. Oder ja, die Tendenz geht dann irgendwie dahin, dass wir eher *natürlich* angekreuzt haben als *unnatürlich*. Es sei denn, es war irgendetwas sehr Eindeutiges.

NA3: Ich kann mich an eine Situation erinnern, wie gesagt, das ist bei uns eigentlich immer *ungeklärt* gewesen beziehungsweise *nicht natürlich*, wenn wir wissen, dass es irgendwie ein Unfall war. Und dann war da aber eine Situation, wo irgendwie der Oberarzt gesagt hatte: „Okay, das sollte aber ein *natürlicher* Tod werden.“ Und das war einer von diesen Patienten, wo ich echt froh war, dass ich nicht den Totenschein ausfüllen musste. Weil das war einer, wo ich mir gar nicht so sicher war, ob das jetzt wirklich *natürlich* gewesen wäre, so wie bei anderen, die an einer Pneumonie sterben oder so etwas oder irgendwie nach einer Tumoroperation oder so. Da ist es ja häufig, eigentlich ist es ein *natürlicher* Tod, aber weil wir das nicht ankreuzen sollen, mache ich es jetzt auch nicht. Und bei dem sollte *natürlicher* Tod dokumentiert werden, damit er die Organe spenden kann. Und dann ist der nachts irgendwie gestorben. Und das ist dann ziemlich hoch aufgehängt worden, weil auch der Kollege, der den Totenschein dann ausgefüllt hat, der Meinung war, dass es kein *natürlicher* Tod war. Das ging dann auch über die Staatsanwaltschaft und so. Aber ansonsten ist es immer relativ eindeutig gewesen, dass wir immer *ungeklärt* oder *nicht natürlich* dokumentiert haben.

NA1: Das heißt, das ist dann auch schon sehr häuserspezifisch, muss man dann sagen, ne? Was ja eigentlich nicht so gedacht ist.

I: Gibt es auch unterschiedliche Meinungen innerhalb des Hauses zwischen verschiedenen Fachabteilungen?

NA3: Dadurch, dass ich das jetzt nur von der Intensivstation sagen kann und der Chef der Intensiv eigentlich einen relativen guten Stand hat, hat sich das mittlerweile so etabliert. Aber ich glaube, am Anfang war es schon schwierig. Und ich weiß natürlich nicht, was auf den Normalstationen bei den anderen chirurgischen Abteilungen passiert.

I: Dann kommen wir zu einem anderen Thema, es sei denn es gibt noch etwas dazu? Momentan bestimmt ja die Corona-Pandemie den Alltag und somit auch den Berufsalltag. Deswegen möchte ich einmal fragen: Fühlen Sie sich sicher beim Umgang mit infektiösen Leichen, wie man sich davor schützen kann? Was zu tun ist, wenn man eine infektiöse Leiche hat?

NA2: Ja.

NA3: An sich ja, was ich allerdings schwierig fand ist, es gibt ja noch dieses Feld *Hinweise an den Bestatter*. Oder dass der auf irgendetwas achten muss. Und da weiß ich immer nicht so genau, ob man da etwas eintragen muss. Also wenn das jetzt irgendwelche meldepflichtigen Krankheiten sind, soweit ich weiß, ja. Aber es gibt ja auch andere nicht meldepflichtige Krankheiten, die jetzt relativ

ansteckend sind. Und da hatte ich das dann einmal eingetragen und dann hat mir mein Oberarzt einen draufgegeben, weil er meinte: „Das gehört da nicht hin.“

NA2: Und? Wo ist das Problem, wenn du eins zu viel einträgst?

NA3: Ich habe es auch nicht ganz verstanden. Das war auch so eine relativ politische Geschichte, wegen diesem Infektionsproblem auf dieser gesamten Station. Ich glaube, es sollte nicht unbedingt nach außen getragen werden, dass dieses Problem vorhanden ist.

I: Und wenn Unsicherheiten bestehen, was da einzutragen ist an der Stelle, wüssten Sie denn, wo Sie die Information herbekommen?

NA2: Nicht wirklich.

NA1: Nein.

NA3: Ich habe da öfter mal etwas eingetragen. Einmal zum Beispiel hatte der Patient noch einen ICD drin, von dem wir nicht genau wussten, ob der richtig funktioniert. Und dann hatte ich das da eingetragen, weil ich nicht wollte, dass der Bestatter irgendwelche Stromschläge bekommt. Aber der wusste einfach überhaupt nichts mit dieser Information anzufangen. Der hatte mich hinterher nochmal angerufen, was ich denn damit meine. Aber ansonsten (...) Mit den infektiösen Patienten? Im Zweifel schreibt man es halt hin.

NA2: Genau.

NA1: Genau, lieber eine Information zu viel als zu wenig.

I: Dann eine letzte Frage, bevor wir zu den Lösungen kommen. Und zwar wissen Sie, welche Institutionen oder Personen die Todesbescheinigungen im Nachgang noch in Augenschein nehmen?

NA3: Einmal das Standesamt.

NA1: Genau, Standesamt und der Bestatter.

NA3: Also das sind jetzt die beiden Sachen, die ich noch wüsste. Ich weiß ehrlich gesagt nicht, ob es noch jemand anderes liest.

NA2: Also ich weiß, dass bei den *natürlichen*, die kremiert werden, noch eine zweite Leichenschau durch einen Rechtsmediziner erfolgt. Ansonsten ja, ja, die Antwort weiß ich.

NA1: Wenn jemand eines *natürlichen* Todes stirbt und der soll verbrannt werden, dann muss noch ein Rechtsmediziner draufgucken?

NA2: Die Rechtsmediziner fahren ins Krematorium. Da gibt es verschiedene Krematorien, die quasi einer bestimmten Rechtsmedizin zugeordnet sind. Und dann gucken die da (...) Das kann man sich so vorstellen, dass da in etwa 15 Minuten halt, ich weiß nicht, 20 oder 30 Leichen angeguckt werden und da wird auf Plausibilität der Todesbescheinigungen nochmal geguckt. Und wenn dann halt irgendwas nicht plausibel ist, dann gibt es einen Rückruf bei dem Arzt, der das ausgestellt hat. Hier kommen dann wieder der Name und die Handynummer so ein bisschen zum Tragen. Und wenn das immer noch nicht passt, dann wird eine Leiche auch schon mal da „angehalten“. So nennen die das. Und dann wird quasi doch noch obduziert, also in Rücksprache mit der Polizei dann. Und es ändert sich durchaus mal die Todesart.

NA3: Ja, verstehe. Okay, das wusste ich nicht.

NA2: Weil die ja nicht exhumiert werden können, wenn sie verbrannt wurden.

NA1: Ja, klar.

I: Ja, dann zu den Lösungsansätzen. Es gibt seit Anfang diesen Jahres eine höhere Vergütung bei der Leichenschau. Man kriegt jetzt mehr Geld, wenn man die Leichenschau komplett durchführt und die Todesbescheinigung ausfüllt, die Angehörigen befragt und so weiter. Das gehört alles dazu. Ändert sich dadurch für Sie irgendetwas bei der Leichenschau?

NA3: Nein, das Geld kriegt sowieso das Gesundheitsamt in [Stadt]. Wir dürfen das selbst nicht in Rechnung stellen.

NA2: Interessant. Wir stellen das in Rechnung. Also wir dürfen es in Rechnung stellen. Ich habe darauf lange verzichtet, weil die Angehörigen die Rechnung bezahlen. Ich habe dann gerücheweise gehört, dass die Bestatter oft das Geld dann einkassieren und die Rechnung quasi weiterleiten, aber das Geld (...) Seitdem stelle ich die Rechnung tatsächlich aus, mit einem gewissen Gewissenskonflikt. Ich habe mir dann aber überlegt: „Wenn ich den niedrigsten Satz angebe, müsste es ja für die Angehörigen am billigsten sein“. Also das ist eher so meine persönliche Einstellung dazu. Und wir dürfen es in Rechnung stellen. Ich mache es inzwischen auch.

NA3: Wir tun das meistens in den Umschlag für den Bestatter mit rein und der gibt das dann weiter. Also ich vermeide eben, den Angehörigen vor Ort, an dem ich ihnen gerade gesagt habe: „Es ist jemand tot“, dann eine Rechnung zu stellen. Das will ich nicht.

NA2: Natürlich in dem Umschlag für den Bestatter.

NA3: Weil die Bestatter denen das wirklich immer in Rechnung stellen, glaube ich. Egal, ob wir die Rechnung stellen oder nicht. Aber in [Stadt] haben wir es bisher auch immer selbst in Rechnung gestellt. Und wir haben das jetzt so umgestellt, dass dieses Honorar an die Stadt geht, um Fortbildungen oder Weiterbildungen zu finanzieren. Sobald wir im Notarzdienst eine Todesbescheinigung ausstellen, dürfen wir das persönlich nicht mehr vergüten lassen.

I: Okay, danke. Dann hatten wir ja eben schon über diese App gesprochen, die einem eventuell helfen würde, bei der Durchführung der Leichenschau. Aber vielleicht auch bei der Eingrenzung der Todesart und [beim] Ausfüllen der Todesbescheinigung. Was noch eine mögliche Lösung oder Verbesserung des Leichenschausystems wäre, wäre ein professioneller Leichenschauarzt. Das heißt, dass jede Leichenschau durch einen speziell ausgebildeten Arzt durchgeführt würde. Was halten Sie davon?

NA3: Die Anzahl der falsch klassifizierten Todesarten wird dadurch wahrscheinlich signifikant reduziert werden können. Ich fände das sehr gut. Das würde die Qualität natürlich massiv steigern.

NA1: Genau, aber würde das dann so im Sinne einer Weiterbildung laufen? Oder als Zusatzbezeichnung? Oder wie wäre das gedacht?

I: Zum Beispiel im Sinne einer Zusatzbezeichnung.

NA1: Ja, das wäre in jedem Fall gut.

NA2: Ja, dann müssen wir das nicht mehr machen. Das ist natürlich auch ganz gut.

NA3: Oder wir hätten dann die Zusatzbezeichnung. Und wüssten dann wie es geht.

NA2: Oder so. ja.

(Lachen.)

NA3: Man wäre auf jeden Fall besser ausgebildet. Weil das Einzige, was man jetzt ja so hat, ist eigentlich nur der Rechtsmedizinerkurs in der Uni. Und dann wird man plötzlich auf irgendwelche Leichen losgelassen, wenn ich das jetzt mal so lapidar sagen kann.

NA2: Das ist richtig, ja.

I: Gibt es auch etwas, was dagegen spricht aus Ihrer Sicht?

NA2: Das muss finanziert werden, das kann ja nicht allein durch die Vergütung der Todesbescheinigungen finanziert werden. Das ist ja jemand, der Vollzeit so etwas macht oder halt irgendwie zusätzlich. Und ich glaube nicht, dass man davon leben kann, wenn man den ganzen Tag nur Leichenschauen macht. Je nachdem natürlich, wie viele er hat. Oder aber man müsste es logistisch lösen, dass die Leichen bei dem Arzt landen.

NA3: Ich weiß nicht, ob man das vielleicht so machen könnte wie diese Berechtigung einen Hirntod zu diagnostizieren, dafür muss man ja auch bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Und innerklinisch lässt

sich das, glaube ich, schon irgendwie machen. Aber jetzt im Notarzdienst [funktioniert das] natürlich nicht besonders gut.

NA1: Aber wenn das im Sinne einer Zusatzbezeichnung liefe, abgesehen vom Wirtschaftlichen wäre das dann ja im Prinzip gut gelöst. Abgesehen davon, dass das dann irgendwie finanziert werden müsste.

I: Wie wäre es mit der Möglichkeit einer telefonischen Kontaktaufnahme zu einem Arzt, der speziell ausgebildet ist? Also zum Beispiel zu einem Rechtsmediziner.

NA3: Das man dann konkrete Fragen stellen kann?

I: Genau, dass man dann so eine Art Hotline hat.

NA3: Das wäre auch gut. Aber vor allem in der heutigen Zeit kann man dann natürlich gut mit Videoanruf irgendwelche Sachen auch visuell darstellen.

NA1: Aber wobei da wäre dann die Frage des Datenschutzes. Aber dann müsste es irgendwie so eine verschlüsselte Geschichte geben.

NA3: Aber ich meine, das wäre ja dann etwas für so Spezialfragen. Das sollte jetzt nicht irgendwie so die alltägliche Standardleichenchau ausstatten, sondern nur, wenn es da irgendwelche Spezialsachen halt gibt. Also dann wäre das natürlich auch gut.

NA1: Aber ich glaube, so für den Anfang am praktikabelsten (...)

NA3: (...) ist eine App.

NA1: Entweder eine App oder eine Checkliste. In welcher Form auch immer, genau.

NA3: Wobei ich da so eine Checkliste (...) mit irgendwelchen Videodokumenten also: „Ich zeig einmal genau visuell, wie das geht“, ist sicherlich einfacher, als es nur schwarz auf weiß auf Papier zu haben.

NA1: Ja, das stimmt.

NA2: Ich überlege nur gerade, wenn man tatsächlich mal Richtung Digitalisierung denkt, wenn man wirklich so eine Art App hat, könnte man das fast wie so eine Steuererklärung machen. Man füllt quasi das aus und der macht am Ende daraus eine Todesbescheinigung. Theoretisch ja denkbar.

NA3: Mit so einem Plausibilitätscheck am Ende.

I: Das ist auch noch sowas (...) was halten Sie von einer digitalen Todesbescheinigung?

NA1: Vor allen Dingen dann kann man ja auch das [vermeiden], was man am Anfang auch hatte, dass man sich fünfmal verschreibt beim Ausfüllen der Todesbescheinigung. Das könnte man ja digital viel einfacher lösen.

NA3: Ja, und es ist immer leserlich. Nur die Frage ist, wie unterschreibt man das Ganze? Und macht man das nur computerbasiert? Ist natürlich schwierig im Notarzdienst. Dann brauchst du immer irgendwie ein tragbares Gerät. Also auf dem Handy, das wäre ja dann das private. Das geht nicht, finde ich.

NA2: Wobei (...) es gibt ja Notärzte, die haben ja schon Tablets tatsächlich.

NA3: Ja, die müssen auch angeschafft werden. In [Stadt] gibt es das [Telematiksystem], aber damit würde es sicher nicht gehen.

I: Was ist das?

NA3: Das ist dieses (...) da schreibst du quasi dein Notarztprotokoll auf so einem (...) das ist wie ein Tablet-PC, nur halt abgespeckter. Langsamer, fehleranfälliger. Da kannst du Medikamente auswählen. Da sind so ein paar Infos hinterlegt. Der leitet dich auch so ein bisschen den Faden lang und dann kriegst du halt ein computergeschriebenes Notarztprotokoll. Prinzipiell könnte man damit sicherlich einen Totenschein ausfüllen.

I: Und sagen wir jetzt mal, die technischen Hürden wären gelöst: Dann wäre das, wenn ich es richtig verstanden habe, eine gute Sache?

NA1: Auf jeden Fall.

NA3: Ich finde die Notarztprotokolle, wenn ich die als Klinikarzt bekomme, wenn die mit dem Computer ausgefüllt sind, wesentlich angenehmer. Weil man die immer einfach lesen kann. Und man steht da nicht zehn Minuten und versucht, irgendwas zu entziffern, weil jemand, der keinen Bock hatte, das zu schreiben, das irgendwie dahin gekritzelt hat.

NA2: Oder im wackeligen RTW saß. Ja.

NA3: Ja, genau.

I: So jetzt sind wir eigentlich am Ende. Gibt es noch irgendwelche Anmerkungen zu dem Thema *Verbesserungsvorschläge des Leichenschausystems*? Irgendetwas, was Ihnen jetzt noch auf der Seele brennt? Was man verändern sollte?

NA3: Nein, nur dass es halt in der aktuellen Situation, wie es jetzt ist, es sicherlich nicht perfekt gelöst ist.

NA1: Genau. Es sollte mehr Richtung Standardisierung gehen.

NA2: Mir ist gerade eine Sache noch eingefallen zum Thema *Zusammenarbeit mit der Polizei*. Ich hatte einmal den Fall, das war eine Person hinter einer Tür, die sich da als leblos erwiesen hat und vor zwei Tagen das letzte Mal auf der Arbeit gesehen wurde. Der ging es schon schlecht. Und dann hat der Polizist mich aktiv daran gehindert, überhaupt diese Leiche anzufassen, weil er der Meinung war, das wäre jetzt ein Tatort. Also es war noch nicht mal klar, ob es eine tote Person ist. Ich konnte ihn dazu durchringen, wenigstens die Todeszeichen einmal festzustellen. Nachdem ich die Leichenstarre hatte, habe ich das auch quasi alles so dokumentiert. Was tatsächlich wichtig ist, finde ich, dass nicht nur die Ärzte geschult sind, sondern dass auch die anderen, die mit der Todesbescheinigung in Kontakt kommen, mit der Todesfeststellung, dass die auch geschult sind. Zum Beispiel die Polizisten, die dann da vor Ort sind.

NA3: Ja.

NA1: Ja.

NA2: Da scheint es auch Unsicherheiten zu geben. Das fällt mir noch so ein.

I: Gibt es noch etwas hinzuzufügen?

NA3: Nein, von mir nicht.

NA2: Nein.

NA1: Nein.

I: Ich bedanke mich und beende die Aufzeichnung.

## Interviewtranskript AllgemeinmedizinerInnen

I: Meine erste Frage: Wie häufig führen Sie im Berufsalltag ungefähr Leichenschauen durch?

T1. Das hängt so ein bisschen vom Sterbeverhalten der Altenheimbewohner ab (...).

I: Sagen wir mal pro Woche?

AM1: Pro Woche? Also, es ist nicht einmal die Woche. Da hatten wir gerade eine Phase, da sind wirklich in einer Woche tatsächlich drei Leute gestorben, das ist doch eher der Ausnahmefall. Also, ich würde sagen (...) vielleicht übers Jahr hin (...) maximal einmal im Monat.

AM2: Ich würde auch sagen, überwiegend knapp unter einmal im Monat. Also, so zehnmal im Jahr. Habe ich auch aufgeschrieben.

AM3: Ich würde auch sagen, zehn bis fünfzehn.

I: Und sind das vorwiegend Patienten, die Ihnen schon bekannt sind oder ist das auch manchmal z.B. im Bereitschaftsdienst, dass die Ihnen völlig unbekannt sind?

AM1: Im Bereitschaftsdienst kommt es vor. Bei uns ist der jetzt so organisiert, dass ich tatsächlich keinen mehr mache. Deswegen kommt das jetzt nicht mehr vor. Insofern sind es tatsächlich dann eigentlich immer bekannte Leute. Also meine Idee ist schon auch, dass ich die, die ich palliativ begleitet habe, dass ich dann auch selbst die Leichenschau mache und den Totenschein ausstelle.

AM3: Ja, also überwiegend eigene Patienten oder in der Vertretung schon mal. Die werden dann aber auch von den Ärzten, die wir vertreten, schon mal im Vorfeld so ein bisschen angekündigt. Und im Notdienst kommt es durchaus auch vor.

I: Wie ist es bei Ihnen?

AM2: Also ich mache zwar meinen Dienst selbst, aber wir machen in [Stadt] unglaublich wenig Dienste. Und deswegen ist es höchstens einmal im Jahr [ein unbekannter verstorbener Patient], den man im Dienst sieht, höchstens. Und sonst sind es doch schon überwiegend die eigenen Patienten, muss ich sagen. Doch überwiegend. Oder auch mal in einer Vertretung im Urlaub, wenn man den Kollegen sowieso vertritt. Ich mache auch keine Palliativversorgung. Das heißt also, wenn die Leute z.B. ins Hospiz gehen oder so etwas, dann sind die weg für mich. Dann habe ich die nicht mehr. Oder auch wenn die in dieses Palliativsystem [gehen], dann macht das in diesem Fall mein Kollege, weil der von uns beiden die Palliativversorgung macht. Und der macht dann auch die Leichenschau.

I: Aber überwiegend sind das bekannte Patienten, habe ich jetzt daraus entnommen? Dann kommen wir zum Thema: Probleme bei der Leichenschau oder Schwierigkeiten. Wir fangen jetzt einfach einmal an mit strukturellen oder organisatorischen Problemen. Wie viel Zeit haben Sie, wenn Sie eine Leichenschau durchführen, üblicherweise. Oder wie viel Zeit nehmen Sie sich dafür oder können Sie sich nehmen?

AM2: Also, ich mache die Leichenschau normalerweise nicht während der Praxis, außer ich habe wirklich gerade eine große Lücke im Terminkalender, was eigentlich nie vorkommt. Und also mache ich die nachher oder manchmal vorher. Wenn die mich nämlich morgens um sieben Uhr anrufen, dann habe ich natürlich etwas mehr Druck, weil ich ja rechtzeitig in die Praxis muss. Wenn ich nachher [hin] muss, würde ich sagen, habe ich eigentlichen keinen Zeitdruck. Richtigen Zeitdruck bei der Leichenschau selbst, würde ich auch behaupten, habe ich nicht. Es ist ärgerlich, wenn die Tür nicht aufgeht oder so etwas. Wenn man vor der Tür steht, und dann macht dir keiner auf und solche Sachen. Ist schlimmer, wenn man dann einmal drin ist.

AM1: Die Leichenschau selber macht keinen Zeitdruck. Ist bei mir auch so. Also klar, meistens kommen die Anrufe dann irgendwann im Laufe des Tages. Und selbst, wenn es bei einem erwarteten Todesfall im Altenheim, ich sage mal, mittags ist, fahre ich dann da häufig erst abends hin. Das ist tatsächlich so, dass ich jetzt nicht sage: „Ich will da spätestens nach zwei Stunden sein“. Ich denke dann: „Schön, dass er oder sie gestorben ist.“ Das funktioniert dann.

AM2: Von daher sind dann natürlich auch die Bedingungen, muss man sagen, eben meistens erwartet normal. Es ist ganz selten, dass mir mal einer auf der Toilette zusammengebrochen [ist], [den ich] sozusagen daraus fischen muss. Das habe ich als Notarzt früher erlebt. Aber jetzt als Hausarzt oder auch als hausärztlicher Notdienst habe ich das in den 15 Jahren vielleicht ein- bis zweimal Mal erlebt.

AM1: Das kenne ich tatsächlich auch nur aus dem Bereitschaftsdienst. Dann sind natürlich häufiger Mal auch ungeklärte Fragen.

I: Wie viel Zeit liegt denn üblicherweise zwischen der Benachrichtigung, die Sie bekommen und der Leichenschau. Sind das in der Regel mehrere Stunden oder geht das auch manchmal ganz schnell.

AM1: Mehrere Stunden.

AM2: Das ist bei mir jetzt auch sehr unterschiedlich. Weil ich das auch so mache, dass ich den Angehörigen und den Heimen meistens, wenn ein Sterbefall ansteht, mehr oder weniger meine Handynummer gebe. Das steht aber von elf Uhr nachts bis morgens um sieben auf *lautlos*. Also, da müssen die schon auf Band sprechen. Das heißt, wenn jetzt einer um drei Uhr nachts stirbt und das ist erwartet, dann kriege ich das auch erst um sieben Uhr mit.

I: Dann wird also vorher auch gar kein Arzt involviert, der den Tod feststellt?

AM2: (...) dann wirklich geklärt ist (...) und ich habe die womöglich tags vorher noch gesehen, lebendig sozusagen, ja. So eine Situation ist relativ häufig. Und ansonsten versuche ich mich sozusagen bewusst, an die *zwei Stunden mindestens* zu halten, gar nicht erst vorher hinzugehen.

I: Wegen der Todeszeichen, nehme ich an? Also wenn Sie ankommen, sind normalerweise schon sichere Todeszeichen vorhanden, oder?

AM1: Das plane ich immer so, aber es kann halt schon mal sein, dass sogar vier Stunden vergangen sind oder so.

AM2: Ja genau. Eher so ein paar mehr.

I: Also das heißt, die Situation, dass sie noch keine sicheren Todeszeichen haben, erleben Sie eigentlich nicht, wenn ich das richtig verstehe?

AM2: Außer man wird jetzt mal wirklich zum Beispiel (...) so einen Fall habe ich auch mal gehabt (...) gerufen (...) Da war wirklich quasi in der Parallelstraße (...) rief mich die Ehefrau an: „Mein Mann ist hier irgendwie im Flur zusammengebrochen und verhält sich so komisch oder atmet nicht mehr“. Oder irgendwie so etwas hat die gesagt. Also so eine Situation. Da bin ich dann natürlich sofort hin und dann war der schon tot. Da habe ich eigentlich nicht die Leichenschau gemacht, weil ich hatte ja noch keine sicheren Todeszeichen. Dann bin ich später noch mal hin.

I: Gibt es bestimmte Schwierigkeiten mit dem Formular der Todesbescheinigung? Gibt es da etwas, was Sie immer wieder stört? Oder was es schwierig macht?

AM2: Mich stört die Tatsache, dass man keine Endzustände angeben darf und soll. Dass ausdrücklich darinsteht, dass man das nicht hinschreiben darf. Wie „Atemversagen“ oder so etwas. Und das finde ich sehr schwierig. Mich stört auch ein bisschen, dass ich immer unten dieses ganze Ding mit *Obduktion stattgefunden*, *nicht stattgefunden* und *totgeborene Leiche* und was weiß ich nicht, *möglicherweise schwanger*, ich weiß gerade nicht mehr, was genau da steht. Da stehen lauter so Sachen, die ich dauernd immer überlesen muss und denke: „Das trifft ja alles sowieso nicht zu.“ Und dann vergisst man manchmal so ein wichtiges Kreuzchen wie: „Ich habe die Leiche überall untersucht: *ja/nein*“ oder was weiß ich. Manchmal kommt der Bestatter nochmal, weil ich irgendein Kreuzchen vergessen habe, mit dem Schein in die Praxis. Ich finde, der Schein ist zu unübersichtlich.

(AM4 kommt nachträglich hinzu. Kurze Unterbrechung zur Begrüßung.)

AM4: Also letztendlich gibt es ja mehrere, eine Vielzahl von Problemen. Ich weiß nicht, was hier schon alles erörtert worden ist. Aber zu dem Schein selbst noch, das ist a) Ländersache; und b) ist es natürlich auch so, in der Tat, dass (...) ich fahre viel Notarzt usw. Notdienst in [Stadt] bei uns. Und auch da ist es so, dass morgens um drei Uhr, vier Uhr usw. (...) und man hat auch schon in der Tat

eine gewisse Müdigkeit. Das Ausfüllen der Formulare, gut, mittlerweile hat man seine Routine darin. Ich weiß nicht, wer die entwickelt. Das sind sicher keine Mediziner. In der Tat ist der erste Passus, der da steht (...), man muss es ja trennen usw., lässt dann die Sachen da. Ich mache das jetzt immer so, dass (...)

AM1: (...)dass man fälschlicherweise etwas durchgeschrieben und das Formular schon verhunzt hat.

AM4: (...) ja, ja genau. Ich habe immer pro Dienst so drei bis vier Scheine mit. Und wenn man sich dann mal vertut, oder selbst, wenn man sich mal verschreibt oder was anderes hat, dass man das [Exemplar] dann immer ersetzen kann. Und ich mach das jetzt auch oder an für sich schon die ganze Zeit so, dass ich natürlich die Totenscheine da lasse. Und wir werden wahrscheinlich jetzt noch über viele Dinge sprechen. Jetzt nur mal auf das Formular, weil das war ja jetzt gerade der Aspekt. Ich hoffe, dass da noch viele andere Dinge kommen. Im Formular steht ja oben drin: „Bitte keine Endzustände.“ Wenn ich jetzt einen Tod bescheinige, ja, dann steht jetzt hier, (...) wenn ich jetzt schreibe, „respiratorische Insuffizienz“, dann ist das ja auch irgendwie ein Endzustand. Also, das ist in der Tat sehr, sehr schwammig. Sehr schwammig formuliert. Ich lasse mir dann immer (...) so mache ich das praktisch: Ich lasse mir dann immer vor Ort (...) meistens sind es ja dann Pflegeheime, Altenheime usw., dass man dann einen Arztbrief ausdruckt und schickt dann die Todesbescheinigung *unter Kenntnisnahme* oder *ohne Kenntnisse* und dann eben *bekannter Arzt*, hier *ohne Vorkenntnisse* - und in der Regel ist es dann für mich ein völlig Fremder. Ich habe das auch schon mal, dass durch die Praxis, dann jetzt hier bei meinen eigenen Patienten, da ist es dann natürlich ein bisschen anders. Aber hier, das ist ja nicht die Regel. Wenn ich jetzt hier [im Notdienst] fahre, dann ist es in der Regel jemand, den ich gar nicht kenne, wo ich auf Vorbefunde angewiesen bin. Manchmal ist es in den Heimen auch schwierig, dass jetzt keine Ausweise vorhanden sind. Das ist dann eben auch. Und es fängt auch schon beim Todeszeitpunkt an. Das hat ja eine rechtliche Konsequenz. Das heißt, ich muss sagen *natürlicher/nicht natürlicher* Tod. Das ist erstmal das ganz Entscheidende, sonst passiert ja nichts. Und dann habe ich eben die Vorinformation. Und dann muss ich mich auch in erster Linie dann auf die Aussage desjenigen/derjenigen verlassen, die die Person zum ersten Mal tot gefunden haben. Keine Ahnung. Ein Pfleger sagt: „18.30 Uhr“, und man schreibt dann „18:30 Uhr“ rein. In der Regel [komme ich] vier bis fünf Stunden später mit dem Formular. Das ist in der Tat jetzt natürlich relativ schwierig. Weil wenn ich die Person nicht kenne, wenn ich dann morgens um drei Uhr da bin (...). Ich habe dann entsprechende Vorinformationen. Dass die mir dann sagen: „Okay, ja, das war abzusehen, Palliativpatient und so weiter. Und der Hausarzt (...) da ist alles eingestellt worden.“ Dann habe ich so gewisse Vorinformationen und trotzdem ist es sicherlich hier jetzt wenig (...) ich behaupte einfach mal, Anwesende natürlich alle ausgenommen, ich behaupte einfach mal (...) das ist jetzt so (...) das wird so stiefmütterlich, sowohl im Studium (...) in dem Modell[studiengang] weiß ich jetzt nicht genau, wie es ist, ob es besser geworden ist. Das ist so stiefmütterlich behandelt worden, dass ich einfach mal behaupte, dass die Allermeisten, also weit über 90%, die jetzt hier den Wisch ausfüllen, einmal kurz gucken: „Sehe ich Totenflecke, sehe ich keine Totenflecke?“ Und dann (...) Das wird natürlich der Sache nicht gerecht. Sicherlich ist es auch die, würde ich schon sagen, die sittenwidrige völlige Nichtanerkennung ärztlicher Leistung. Ja, eben, was durch die Honorierung auch ausgedrückt wird, auch da mitschuldig. Es gibt da jetzt auch viele Bestrebungen, das zu reformieren. Vielleicht können wir auch ein paar Punkte anführen, die dann vielleicht auch mal gehört werden, irgendwo. Aber das mit dem Ausfüllen (...) also, ich tue mich da auch immer schwer und das ist dann auch schwierig zu sagen. *Bitte keine Endzustände wie Atemstillstand*, ja dann komm ich dahin und ja dann, dann schreib ich dann *Zustand nach Infekt* oder *Pneumonie*.

AM2: Es ist ja auch schwer sich auf den letzten Arztbrief zu beziehen. Kann man jetzt auch nicht ohne weiteres machen. Wenn der [Patient] wegen einer akuten Pankreatitis im Krankenhaus war und das war vor 3 Monaten, kann er ja jetzt an wer weiß was gestorben sein.

AM4: Es geht um Hinweise.

AM2: Ich finde, bei Fremden ist es tatsächlich wirklich sehr schwer, wenn man keine guten Angaben kriegt.

AM1: Aber bei den eigenen ja auch. Die 94-jährige alte Dame, die aufgehört hat zu essen und zu trinken vor 2 Wochen; nur noch schlückchenweise irgendwie bewässert wird und so langsam dann verstorben ist. Woran ist die denn jetzt genau verstorben?

I: Und wie gehen Sie damit um?

AM1: Ich beschreibe ausführlich diesen moribunden Zustand. Wie der abgelaufen ist und lass manchmal tatsächlich sogar die erste Zeile frei.

AM4: Einfach freilassen?

AM1: Ich schreibe dann da einfach *erwarteter Todeseintritt siehe unten*. Und dann mache ich unten bei der Epikrise eine ausführliche Darstellung der letzten Wochen und Monate.

I: Haben Sie vielleicht andere Herangehensweisen noch? Wenn Sie so einen Patienten haben, der diverse Vorerkrankungen hat oder ein fortgeschrittenes Lebensalter und Sie einfach nicht genau wissen, welche Todesursache?

AM3: Ich entscheide mich irgendwann dann tatsächlich für die Wahrscheinlichste. Ich weiß es nicht, definitiv. Aber ich weiß, der hat z.B. eine Herzinsuffizienz, der hat eine Niereninsuffizienz und dann gucke ich halt, wie der sich in den letzten Wochen am ehesten verhalten hat. Und wenn er aufgehört hat zu trinken, ist ja die Niereninsuffizienz mit der Elektrolytentgleisung dann das Wahrscheinlichste. Und dann entscheide ich mich halt dafür. Und schreibe dann aber noch die weiteren Vorläufe, also den Verlauf der letzten Woche noch irgendwie zumindest stichpunktartig dazu.

AM2: Würde ich auch sagen. Aber ich schreibe dann (...) Ich dachte immer, man müsste ehrlich gesagt wirklich eine richtige Diagnose dahinschreiben. Ich schreibe dann „maligne Herzrhythmusstörungen“ zum Beispiel. Ist so bei mir ganz beliebt. Wenn jemand ganz plötzlich gestorben ist und nicht so eine 95-Jährige, die ich eben vorherige Woche noch gesehen habe. Und die eben dann schon eine Woche nicht mehr gegessen und getrunken hat. In diesem Falle nicht. Aber was weiß ich (...) Wenn jemand eben im Krankenhaus lag und auch eine Hyperkaliämie hatte oder ein Nierenversagen oder irgendwas. Ich weiß nicht mehr genau, was da noch drin steht, außer *Kreislaufstillstand* und *Atemstillstand*, was noch verboten ist.

(Teilnehmende sprechen durcheinander.)

AM1: Herzkreislaufstillstand.

AM2: Ich finde das echt schwierig. Ich habe manchmal das Gefühl, ich habe mir richtig was ausgedacht. Was natürlich zu dem Patienten irgendwie passt. Natürlich. Ich würde jetzt bei einem, der keinen Tumor hat, würde ich jetzt nicht ein Tumorleiden dahinschreiben. Aber selbst einer, der ein Tumorleiden hat, das heißt ja nicht unbedingt, dass er an dem Tumor [gestorben ist]. Oder woran ist er denn dann genau gestorben? Wenn er ein Kolonkarzinom hat, woran ist er dann gestorben in Wirklichkeit?

AM4: Von der Kausalität muss man sagen, dass es, so wie es das Formular vorgibt, an für sich völlig unsinnig ist. Weil ich habe eine Kausalität. Letztendlich ist der eigentliche Grund, dass die Patienten dann, warum auch immer (...) Herzinsuffizienz, ob es Rhythmusstörungen sind, ob es jetzt hier ein Tumor ist, und das jetzt auf dem Boden bestimmter Erkrankungen (...) das kann ich dann eben in der Tat, wenn ich den Patienten gar nicht kenne, kann ich nur abschätzen. Das ist alles. Und von daher ist das (...) ich versuche das dann auch so ähnlich, wie Sie das auch machen, dann in so einer Kette zu begründen. Und dann habe ich dann entsprechend eine Latte von Vorerkrankungen. Das ist sicherlich schwierig, was das Ausfüllen angeht. Ich denke, zur eigentlichen Inspektion kommen wir wahrscheinlich gleich noch.

AM2: Wir wissen ja gar nicht, ich weiß gar nicht, was mit diesen Scheinen in Wirklichkeit passiert. Außer der Bestatter kommt, wenn ich irgendein Kreuz vergessen habe, was für den relevant ist. Weiß ich gar nicht, ob den wirklich irgendeiner noch liest, diesen Totenschein.

AM1: Oder die Staatsanwaltschaft ruft an, wenn man tatsächlich mal *nicht natürliche* Todesart (...)

AM2: Ja aber, was ist eine Exsikkose? In so einem Fall sagen wir mal, so eine alte Dame oder ein alter Herr, der irgendwie aufgehört hat zu essen und zu trinken, mehr oder weniger bewusst. Alle sind sehenden Auges darein gegangen. Und dann muss man sich ja, finde ich, ein bisschen fragen: Ist dann eine Exsikkose eine natürliche Todesursache oder nicht? Ist auch schon schwer, finde ich, zu beurteilen. Und dahinter kommt auch noch diese Zeitangabe. Die finde ich auch immer so dämlich.

Die nervt mich dann auch ein bisschen. Hinter den Diagnosen muss man ja auch noch schreiben, wie lange das denn gegangen ist.

AM3: Man kann aber auch ein bisschen was ignorieren, oder? Ich mache dann oft nicht eine Zeitangabe, wie lange das gedauert hat.

AM4: Also, der Toteskampf oder was?

AM2: Hinter jedem steht eine Zeit dahinter. Also wenn, dann man kann man sagen: 20 Jahre, unter Umständen.

AM4: Also, das mit Verlaub (...) habe ich bis jetzt immer geflissentlich, also das habe ich geflissentlich überlesen.

(Teilnehmende reden durcheinander.)

AM2: Das ist ja interessant. Das hat tatsächlich was mit der Ausbildung zu tun, glaube ich. Weil ich weiß noch, den ersten Totenschein, den ich gemacht habe, habe ich im Rahmen meiner Begleitung eines Notarztes gemacht. Als ich quasi da angefangen habe, die ersten Notarztdienste. Und der hat mir gesagt, so und so muss man das machen. Seitdem breche ich mir mit den Zeitangaben auch immer einen ab.

AM4: Also ich werde jetzt, wenn ich heute Abend (...) ich werde da jetzt (...) unabhängig davon, dass wirklich von der Kausalität und von allen Dingen (...) ich das nicht für sehr plausibel halte und auch nicht für sehr stichhaltig und von daher auch gesehen, denke ich, ist es auch durchaus in Ordnung, wenn man dann nur schreibt „*koronare Herzerkrankung*“ und so weiter. Und nicht „*seit 20 oder vielleicht seit 19,8 Jahren*“ oder so. Aber ich habe, ehrlich gesagt, diese Zeitangaben bis dato in der Tat jetzt so [gehandhabt]. Kenne ich auch von den Kollegen niemanden, der irgendwie schreibt „20 Minuten“ (...) ist aber auch interessant.

I: Gibt es bestimmte Probleme mit der Polizei bei Leichenschauen? Kennen Sie da irgendwelche Probleme, also zum Beispiel, dass es als unschön angesehen wird, wenn Sie einen *ungeklärten* oder *nicht natürlichen* Tod bescheinigen?

AM1: Also der *ungeklärte Tod*, den habe ich eben im ärztlichen Notdienst ein paar Mal schon angekreuzt. Hat jedes Mal zu Rückrufen der Polizei geführt. In meinem Fall gab es keinen einzigen Fall, wo nicht das Ansinnen an mich herangetragen wurde, davon doch mal Abstand zu nehmen. Ob ich nicht doch (...) ob es nicht Gründe gäbe, mich sicher zu fühlen, davon Abstand zu nehmen von diese Einschätzung.

I: Okay.

AM2: Aber das ist ja heute ganz häufig. Also ich muss sagen, auch von meinen Patienten im Altersheim. Wenn da irgendein Notarzt aus dem Krankenhaus kommt und den Totenschein ausfüllt, die schreiben alle *ungeklärte Todesursache*, meines Erachtens.

AM3: Das machen die Notärzte auch.

AM2: Ich glaube, dazu sind die auch, ich meine auch (...) im Krankenhaus wurde auch gesagt, dass wir das geflissentlich tun sollen, wenn wir den Patienten nicht kennen. Ich meine schon.

(AM5 kommt nachträglich hinzu. Kurze Unterbrechung zur Begrüßung.)

I: Wir sprechen gerade darüber, ob es vorkommt, dass man von Seiten der Polizei bei *ungeklärten* Todesfällen dazu aufgefordert wird, doch noch einmal darüber nachzudenken, ob es sich nicht doch um einen *natürlichen* Tod handelt.

AM1: Und ich sagte, ich habe das sehr häufig. Also eigentlich immer, wenn ich *ungeklärt* angekreuzt habe.

AM5: Darf ich mich gleich einschalten? Ich darf erstmal dazu sagen, dass ich wahrscheinlich der Älteste in der Runde bin. Ich bin seit [Jahr] Arzt, seit [Jahr] niedergelassen, habe dadurch natürlich auch sehr viele Leichenschauen [gehabt]. Und genau das, was Sie da gerade schildern, passiert

natürlich. Da gibt es eine ganz einfache Regel, so hart das klingt. Ich habe mich auch schon mal mit einem Staatsanwalt angelegt. Wenn ich einen Anruf bekomme: „Könnten Sie sich das noch mal überlegen?“, hänge ich auf. Dann sag ich: „Es tut mir leid, sie sind falsch verbunden.“ So. Daraufhin hat mich mal ein Staatsanwalt verklagen wollen. Das war mir völlig egal. Das war so ein älterer Herr aus [Stadt] und der sagte also, das wäre wohl das Allerletzte. Man hätte das noch nie erlebt. Ich sagte: „Meine Vorgänger, die Kriegsgeneration, die hat das natürlich anders gemacht.“ Das ist klar. Also, ganz streng. Ich bin ganz konsequent. Wenn ich eine Meinung habe, die ich schriftlich niedergelegt habe, ich verlange dann wirklich, dass die Staatsanwaltschaft was tut. Ich ändere meine Meinung auch nicht, auch nicht nach Telefonaten. Ich habe es auch schon erlebt, dass zwei Kripobeamte zu mir in die Praxis kamen und wollten mich bearbeiten. Habe ich auch schon erlebt. Liegt aber schon lange zurück. Aus [Stadt] oder [Stadt] war das. Gibt es heute alles nicht mehr. Das habe ich auch abgelehnt. Da habe ich mich auch sehr übelst verhalten. Sehr unfreundlich, sagen wir nicht übel, aber ich habe denen gesagt, die mögen das bitte nicht tun, sonst bekommen sie eine Dienstaufsichtsbeschwerde. Das ist alles vorbei; das ist alles Vergangenheit. Also die heutige Polizeidienststelle [Stadt] und [Stadt], mein Kreis, das sind Leute, die mich kennen.

AM2: Aber anrufen (...) Ich sehe das eher (...) ich kenne den Umgang mit der Polizei und den Kontakt (...) weil die initiale Frage war ja, ob wir in dem Zusammenhang Kontakt mit der Polizei haben, ist (...) Ich habe noch nie erlebt, dass ich irgendwie einen Totenschein ändern sollte. Aber wir werden sehr oft angerufen, wenn unsere eigenen Patienten gestorben sind, von der Polizei. Weil irgendein Notarzt geschrieben hat, *ungeklärt*. Und das, was ich eben schon gesagt habe, also dann fragen die: „Hat der denn irgendwie eine Herzerkrankung? Können sie sich als Hausarzt vielleicht erklären, warum die Dame tot im Flur gelegen hat, die wir nach 3 Tagen gefunden haben?“ oder so was. Oder ich habe auch manche psychiatrischen Patienten, wo auch der Verdacht auf einen Suizid oder was besteht, wo die mich dann auch anrufen, obwohl ich kein Psychiater bin (...) oder mich anrufen und fragen: „Sie sind hier als Hausarzt, wir haben ein Kärtchen gefunden.“ Oder was weiß ich: „Wussten Sie irgendwas darüber?“ Da bin ich mir auch nicht ganz sicher, ob man überhaupt was sagen darf, so datenschutzmäßig. Ob man auf einen Anruf der Polizei überhaupt am Telefon was sagen darf. Von daher finde ich das gar nicht so schlecht, wenn die vorbeikommen. Ich habe das auch schon mal in dem Zusammenhang gehabt, dass die auch schon mal gekommen sind, weil die Polizeidienststelle auch in der Nähe ist.

AM4: Also, zum Umgang mit der Polizei finde ich ja ganz toll (...) sicherlich schon 30 Jahre zurück, also schon ganz, ganz lange. Bei mir muss ich sagen, also das eine ist völlig klar und da müssen wir uns auch darüber im Klaren sein, dass Ärzte und Ärztinnen, dass wir jetzt hier (...) das ist ein *rechtliches* Dokument. Und wenn ich einen Totenschein ausstelle, dann bin ich dafür (...) vorher passiert nichts. Ja, vorher passiert gar nichts. Es darf kein Bestatter kommen. Und erst dann sozusagen, dürfen die anderen. Es sei denn, der wird jetzt hier verbrannt, dann wird er noch mal untersucht. Ansonsten ist damit dann der Fall, es sei denn, ich schreibe *ungeklärt* oder *nicht natürlich*, ansonsten ist der Fall dann gegessen. So, Punkt aus. Wenn ich jetzt der Meinung bin, aus welchen Gründen auch immer, dazu habe ich auch mein Wissen, dass sei *ungeklärt* oder ich habe jetzt einen *nicht natürlichen* Tod, dann ist das so. Und dann wird es jetzt hier (...) deswegen darf es ja auch rechtlich überprüft werden (...) dann wird die Staatsanwaltschaft (...) und dann guckt man sich das an usw., dann ist es aber meine Entscheidung. Diese Entscheidung kann nicht revidiert werden, nicht weil sie sagen: „Wir haben jetzt im Moment keine Leute und das ist jetzt ein bisschen doof“ und so weiter. Also da macht (...) also ich bin jetzt kein Jurist, ich bin Arzt, aber da würde man sich, wenn ich das einigermaßen gut einschätzen kann, dann würde man sich strafbar machen. Darf man nicht. Das sind Dinge (...) und das ist auch nicht so, nach dem Motto: „Ah Herr Doktor, gucken Sie mal, wir können vielleicht jetzt hier, soll ich das jetzt doch weglassen?“ Das ist ein rechtliches Dokument. Und wenn ich dann geschrieben habe *ungeklärt*, ja, warum auch immer, ja, also im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte - sollte man sein, wenn man so ein Ding ausfüllt - dann darf ich das eben auch nicht ändern. Und dann würde ich auch (...), ich habe das bis jetzt auch noch nicht erlebt. Ich habe natürlich noch nicht so viele Totenscheine ausgefüllt wie der Kollege hier, der ein bisschen älter ist. Aber wie gesagt, ich hatte ein- oder zweimal *ungeklärt*, dann kam die Polizei. Das ist doch alles kein Problem (...) Da ich habe auch noch keine negativen Erfahrungen gemacht. Auch keine Erfahrung dahingehend, dass man gesagt hat: „Aber also meinen Sie wirklich, sollen wir das nicht ändern?“ Wenn dem so wäre, würde ich mich aber sicherlich genauso verhalten wie der Kollege. Weil das sind Dinge, das geht nicht. Da darf man sich in der Tat auch durch Druck (...) weil wir sind da im Recht.

Und dann kann der Staatsanwalt mir hundertmal sagen: „Ja, passen Sie auf, das geht aber nicht, sollten wir mal nicht ihre (...)“ geht nicht. Das ist eine rechtliche Sache. Und wenn ich das nicht mache, mache ich mich strafbar. Was in der Tat passiert, ist, dass die Polizei oder die Kripo meistens anruft. Ich hatte das in der Vergangenheit. Ich bin jetzt gerade 12 Jahre niedergelassener Arzt, noch nicht solange. Ich hatte das jetzt drei- oder viermal. Da wurde ich angerufen: „Ja, hier, Herr sowieso, den haben wir jetzt tot in der Wohnung gefunden und können Sie uns was dazu sagen?“ Und dann habe ich denen das erklärt, dann war alles gut. Heute nach diesem Unsinn aus Brüssel da im letzten Mai bin ich mir gar nicht sicher, ob ich das überhaupt am Telefon sagen darf. Weil es kann ja auch irgendjemand anderer dann sagen: „Ich bin Kripo sowieso“.

AM5: Dann machen Sie einen Rückruf.

AM3: Der Datenschutz hat ja nichts damit zu tun, dass wir Schweigepflicht haben. Die hatten wir ja vorher eigentlich auch schon. Die gilt ja eigentlich auch über den Tod hinaus. Da hat sich ja eigentlich für uns nicht so viel geändert.

AM4: Nein, aber die Frage ist jetzt (...) wenn jetzt jemand (...) ich hab das bis jetzt immer relativ einfach salopp [gehandhabt]. Ich habe es einfach konfliktfrei so gemacht, wenn die mich angerufen haben und haben gesagt, den und den haben sie gefunden. Warum sollte sonst jemand anrufen und sagen (...) das macht ja keinen Sinn.

AM5: Darf ich mal unterbrechen. Machen Sie einen Rückruf. Ich lass mir die Telefonnummer geben, recherchiere, ob es die Polizei ist, und rufe dann zurück.

AM4: Ist wahrscheinlich besser. Ich habe es bis jetzt immer so gemacht. Und dann war es in der Regel auch erledigt.

AM5: Darf ich noch mal ganz kurz was zu dem Kollegen sagen? Das ist ja ein ganz anderer Fall. Das was Ihnen beiden passiert ist, das sind ja diese ganz hoch gefährlichen Fälle. Die ganz gefährlichen. Was Sie da gerade sagen, das sind ja Dinge, die passieren häufiger. Und da kann man sich sehr schnell aus der Affäre ziehen, auch durch Erfahrung halt eben. Ich rufe den Kollegen an. Den Kollegen, der die Leichenschau gemacht hat und deshalb (...) ich weiß nicht was da war. Und wenn das ein Kollege aus dem Rettungswagen war. Ich ruf den an oder der ruft mich an und sagt: „Hören Sie mal, ich hab da einen gefunden, war das jetzt normal oder nicht? Was hat der denn alles für Krankheiten gehabt?“ Und wir beide einigen uns dann, außerhalb der Kripo erst einmal, was Sache ist. Und wenn ich genau weiß, dass der chronisch krank war und was weiß ich, sogar Palliativpatient, dann haben wir uns beide geeinigt, ohne Polizei erstmal, ne?

I: Ich muss zum Verständnis hier einmal kurz nachfragen. Sie meinen, wenn der Kollege, der als Notarzt vor Ort Sie anruft und nachfragt?

AM5: Also, er schreibt rein: „Ich habe keine Ahnung.“ Der findet eine Leiche. So, und er muss ja jetzt entscheiden definitiv (...) was der Kollege jetzt gerade gesagt hat (...) der hat die Verantwortung. Und es gibt viele junge Kollegen, die sagen: „Nein, mache ich nicht. Unklar. Fertig.“ Dann ist er verpflichtet, theoretisch, mich anzurufen und das tut er auch, hunderprozentig. Der schaltet die Kripo nicht sofort ein. Oder die Kripo sagt: „Rufen Sie doch erstmal den Hausarzt an.“ So, und wenn wir beide zu dem Ergebnis kommen, das war ein natürlicher Tod, dann wird der Totenschein endgültig ausgestellt und die Kripo ist raus.

AM4: Aber wie machen Sie das denn rein praktisch? Der Notarzt wird in der Regel dann, ich sage mal so drei bis vier Uhr morgens da sein, wird sagen: „Okay, kenne ich nicht, mache ich jetzt *ungeklärt*.“

AM5: Genau.

AM4: Heißt, der wird Sie nicht um drei Uhr morgens anrufen.

AM5: Nein, dann kommt die Kripo. Da haben Sie vollkommen recht. Die Leiche wird nicht freigegeben.

AM4: Die Leiche ist nicht freigegeben. Und das heißt, der Kollege oder die Kollegin setzen sich dann am nächsten Tag hin und rufen Sie dann an?

AM5: Genau, die rufen mich an.

(Teilnehmende sprechen durcheinander.)

AM2: Ich sage mal, bei den Leuten, die nachts um drei Uhr gefunden werden (...) oder was heißt gefunden werden (...) wo der Notarzt kommt, und der noch eben noch keine sicheren Todeszeichen [hat], da hat der Notarzt ja sowieso ein Problem damit, einen Leichenschein auszustellen. Der muss ja dann im Prinzip später noch mal wiederkommen oder auf den Hausarzt verweisen, dass der am nächsten Tag kommt. Je nachdem unter welchen Umständen. Außer man hat jetzt jemanden gefunden, der schon drei Tage da liegt oder fünf. Das gibt es ja nun auch. Und das ist eher so eine Situation, finde ich, die ich jetzt im Kopf habe, die auch schon öfter vorgekommen ist. Wo die Polizei eigentlich hereingekommen ist und schon da war und dann erst der Notarzt dazu gerufen wurde, wo die Tür aufgemacht wird oder irgendwie sowas. Da liegt derjenige vor der Tür oder irgendwo, was weiß ich, wo. Und dann schreibt er hin *ungeklärt*. Und dann ruft die Polizei mich an und fragt: „Finden Sie denn wirklich auch, dass das *ungeklärt* ist?“ Und ich habe das Gefühl, der Totenschein ist dann schon fertig. Ich habe dann mit dem Totenschein eigentlich gar nichts zu tun, sondern die Polizei sichert sich dann, habe ich den Eindruck, ab. Ob sie jetzt wirklich (...) wie sie das der Staatsanwaltschaft vermittelt oder (...) wie auch immer (...) gegebenenfalls eine Obduktion veranlassen müsste. Obduktionen werden ja super selten gemacht, glaube ich, weil auch die Staatsanwaltschaft, glaube ich, die Kosten dafür scheut.

AM5: Vollkommen richtig. Aber nochmal, der Kollege hat das eben sehr schön gesagt: Es ist ein Dokument. Der Kollege - das haben Sie schön beschrieben - der nachts dann sagt: „Ich weiß nicht, was ich tun soll.“ Der schreibt erstmal *ungeklärt*. Dann wird der Leichnam, wenn die Polizei kommt, ist klar, dann wird der Leichnam in der Regel in eine Klinik transferiert. Obwohl man Leichen nicht transportieren darf. Oder an irgendeinen sicheren Ort, ist aber noch nicht freigegeben. Und dann kommt erst der Anruf. Der kommt dann morgens oder irgendwann. Und dann einigen wir uns. Und dann wird ein endgültiger Totenschein gemacht und dann wird die Leiche erst freigegeben. Wo der hinkommt, weiß ich nicht.

AM4: Wenn ich jetzt (...) also bei *ungeklärt* (...) bin ich mir jetzt fachlich gar nicht so sicher. Wenn bei *ungeklärt* (...) also, wenn ich auf jeden Fall *nicht natürlich* ankreuze, dann darf auch die Lage sozusagen nicht verändert werden.

AM5: Da haben sie recht. *Natürlicher* Tod ja, aber *ungeklärte* Todesursache (...)

AM4: Weil ansonsten darf nämlich das Setting (...)

AM5: Vollkommen richtig. Vollkommen richtig.

AM4: Weil dann muss jetzt erstmal (...) wir kennen das alles aus dem *Tatort*, das ist aber wirklich so, die Spurensicherung kommen und (...)

AM5: Ein Freund von mir ist Kripobeamter. Der hat über Jahrzehnte genau diese Dinge strengstens beachtet. Und der hat mich mehrfach zusammengeschoßen, weil er immer wieder gesagt hat: „Untersteh dich, *natürlicher* Tod einzutragen, wenn du den geringsten Verdacht hast. Ich will als Kripobeamter vor Ort sein. Und rühr' nichts an!“ Ihr habt vollkommen Recht. Die zwei Dinge muss man wirklich trennen.

AM2: Aber letztendlich weiß man es nicht, ne. Selbst wenn man Leute, also die Leichen, gründlich untersucht, finde ich, weiß man es am Ende trotzdem immer noch nicht, ob die 95-Jährige nicht doch irgendwie ein Kissen auf den Kopf gedrückt bekommen hat. Das kann man ja am Ende nicht wirklich hundertprozentig ausschließen.

AM4: Die kann auch vergiftet worden sein, das kann ich auch nicht herausfinden.

AM2: Ich glaube schon, dass es eine erhebliche Dunkelziffer gibt von den Verstorbenen. Auch, die wir als *natürlich* ankreuzen.

AM5: Aber uns kann man dann im Prinzip juristisch auch nicht an den Karren fahren. Wenn man das so macht, kann nicht viel passieren.

AM2: Es geht ja, glaube ich, nicht nur darum, ob wir juristisch irgendwie belangt werden können, sondern auch [darum]: Wie valide sind diese Scheine überhaupt? Und wie kriegt man die besser hin? Das könnte ja als Ziel dahinterstecken.

AM4: Es geht ja primär nicht nur um die Scheine an sich oder das Ausfüllen. Es geht ja primär um die Untersuchung. Da gibt es halt nicht nur aufgrund der (...) ich hab das schon gesagt (...) sittenwidrigen Honorierung oder jetzt (...) aber es gibt eben (...) und das, das denke ich auch, und auch wenn wir das alles zu hundert Prozent machen - aber da ist trotzdem zwischen dem, was der Anspruch oder der Anspruch des Gesetzgebers ist an eine vernünftige Leichenschau mit Schauen in alle Körperöffnungen und so weiter, die ganzen Sachen, und dem, so wie es in der Realität abläuft, da sind halt so riesige Lücken. Und da geht's auch darum, finde ich, wie man das nicht nur durch Honorierung, aber wie man das halt jetzt so macht, dass es eben auch, ja, ich sage mal, einen entsprechenden medizinischen Standard [hat], der sicherlich auch gefordert ist. Auch zu Recht. Wie das dem dann auch gerecht wird. Und auch da ist, das zeigen alle Untersuchungen, alle Studien zeigen (...) auch jetzt, auch wenn man Umfragen analysiert (...) das zeigt, dass sozusagen hier - deswegen haben wir immer häufiger solche Schlagzeilen - dass dann eben jetzt hier jemand *natürlicher* Tod [schreibt], und dann dreht man den [Toten] um, und dann hat der, jetzt - etwas salopp gesagt - ein Messer im Rücken. Aber das eben sind Extrembeispiele, um das ein bisschen plakativ zu machen. Das ist sicherlich ein großes Problem (...) das jetzt hier mit dem Zettelchen ausfüllen, mit dem Totenschein ausfüllen (...) okay, aber erstmal die Untersuchung. Das ist ja das Wichtigste. Klar, ich habe die sicheren Todeszeichen, aber dann ja (...)

AM3: Also, im Heim geht das. Da hole ich mir eine Schwester dazu, um eine gute Untersuchung zu machen. Aber wenn jemand zu Hause verstirbt, ist das schon nicht so ganz einfach, weil die Angehörigen sind belastet.

AM5: Man muss die Angehörigen mit einbinden. Ich mach das oft auch alleine.

(Teilnehmende sprechen durcheinander.)

AM3: Ja...das geht manchmal. Aber wenn ich trotz allem einen 120 kg Menschen habe, dann muss man wirklich die Angehörigen einbinden. Und da muss man sich natürlich die Leute genau angucken: Schaffen die das? Schaffen die das nicht? Weil die müssen dann ihren toten Verwandten eventuell (...)

AM5: Wenn das nicht geht, rufe ich den Pflegedienst an. Ne ne ne, *Ganzkörperstatus* mache ich.

AM3: Das ist schon nicht so ganz einfach.

AM5: Da geht kein Weg dran vorbei, wenn die Leute noch so viel Kleidung anhaben, das muss alles runter. Das hat alles keinen Zweck.

AM3: Ja genau, das ist echt anstrengend.

AM5: Oh ja, da stimmte ich Ihnen vollkommen zu.

I: Wie ist das bei ihnen so? Was würden Sie dazu sagen? Führen Sie das auf jeden Fall vollständig alles durch? Oder gibt es auch Situationen, wo Sie sagen: „Der Leichnam ist jetzt so schwer. Ich habe niemanden, der mir hilft, das geht nicht.“?

AM1: Also, jetzt im Moment ist es tatsächlich so, dass die letzten Leichenschauen in den vergangenen Jahren immer im Altenheim waren. Da geht das gut. Aber aus dem ärztlichen Notdienst kenne ich das auch. Ich erinnere mich, vor ein paar Jahren war das, da war ich in einer Situation, die war eigentlich ganz klar dokumentiert. Es gab ganz viele Unterlagen, alles war plausibel. Aber da waren die Verhältnisse so, die Frau war gar nicht so schwer, aber man konnte da gar nicht rangieren in diesem Haus. Das war alles so zugestellt. Und da habe ich mich tatsächlich schon damit begnügt, also den sicheren Tod festzustellen, die Plausibilität dieser Unterlagen dahingehend zu prüfen, ob ich mich jetzt in der Lage fühle, da einen *natürlichen Tod* zu bescheinigen. Und dann habe ich mich tatsächlich darauf beschränkt, die [Leiche] immer halb zu entkleiden und wieder anzukleiden und einmal umzudrehen. Da hätte ich bestimmt gut etwas übersehen können.

I: Was mich noch interessiert in dem Zusammenhang: Also um die Leichenschau so durchzuführen, wie das erwünscht ist, bräuchte man ja sogar eigentlich noch Pinzetten und vielleicht auch noch eine Lichtquelle, weil man ja beispielsweise Petechien ohne gar nicht sehen kann.

AM1: Also Lichtquelle ist kein Problem.

AM4: Also, ich habe meine Lampe und so weiter.

AM5: Die habe ich auch immer dabei.

(Teilnehmende sprechen durcheinander.)

I: Das geht also? Und Pinzetten? Zum Umwenden der Augenlider verwenden Sie da eine Pinzette?

AM5: Nein.

AM2: Nein. Ich gucke höchstens hier so (...)

I: Wie machen Sie das?

AM5: Können sie runterziehen. Runter- oder hochziehen. Das geht (...)

I: Okay.

AM1: Also, dass ich das Oberlid jetzt ektropionieren würde, das mache ich nicht.

AM2: Nein, ich auch nicht.

AM4: Nein, das ist auch also (...)

AM2: Also das muss ich auch sagen. Ich guck mir den wirklich auch ganz an. Auch entkleidet sozusagen. Aber ich mache jetzt keine rektal-digitale Untersuchung, ob da nicht doch noch irgendwas drin ist, weil da (...) was weiß ich nicht was. Also ich meine, irgendwo (...) Und je nachdem, wie lange der tot ist, wenn ich den Mund nicht mehr aufkriege, gucke ich auch nicht mehr in den Mund.

AM4: Man muss es dann schon realistisch sehen. Wir machen das wahrscheinlich alle doch jetzt mehr oder weniger sehr, sehr gewissenhaft und (...) da gibt es eine riesige Kluft. Und das ist ein riesengroßes Problem. Auch für viele, dass das dann nicht richtig durchgeführt wird. Weil es zum einen sicherlich viele fachliche Unsicherheiten gibt, eine fehlende adäquate Ausbildung während des Studiums im Kurs der Rechtsmedizin. Da werden dann schön Bildchen gezeigt. Da gibt es sicherlich ganz, ganz viele Fehler. Und das sollte man doch vielleicht standardisieren und dann vielleicht auch das als Inhalt in den Stundenplänen (...) weil letztendlich Notärzte oder wir als Ärzte (...)

AM2: Das ist ja so ein bisschen wie beim Erste-Hilfe-Kurs. Wenn man das nicht auch übt (...) Im Prinzip, mit der Leichenschau, was nützt das, wenn man im vierten Semester oder im siebten Semester einen intensiven Kurs über Leichenschau macht und trifft irgendwie fünf Jahre später auf die erste Leiche?

AM4: Klar richtig.

AM5: Übung ist wichtig.

AM4: Aber das kann man dann z.B. auch (...) das ist völlig richtig. Aber das gilt für andere Studieninhalte auch, das ist klar. Aber hier hat es natürlich auch eine andere Relevanz. Wenn ich jetzt hier eine Auskultation oder wenn ich jetzt hier irgendwelche andere Diagnostik [anwende], das bringt dann die Erfahrung. Aber hier ist es ja so, dass nach Approbation an für sich jeder Arzt, wenn jetzt kein Notarzt da ist, auch verpflichtet ist, eine Leichenschau vorzunehmen. Und dann muss man auch schon jetzt hier die jungen Kolleginnen und Kollegen dann (...) das kann man meinetwegen im PJ machen oder wie auch immer, dass man das dann irgendwo doch vielleicht (...)

AM1: Man müsste das wenn, dann immer wieder machen.

AM2: Aber es wird ja ausdrücklich, und das finde ich auch gut, auf dem Schein sozusagen (...) man muss ja ausdrücklich ankreuzen, *ich habe die Leiche komplett entkleidet, untersucht und in alle Körperöffnungen geguckt* oder so etwas.

AM5: Oder nicht.

AM2: Bitte?

AM5: Oder nicht. Die theoretische Möglichkeit, dass Sie es nicht gemacht haben, ist ja da. Die können Sie auch ankreuzen.

AM2: Aber was passiert denn dann?

(Lachen.)

AM5: Das kann ich Ihnen ganz einfach sagen. Da gibt es eine ganz einfache Lösung. Der, der das liest - der Sachbearbeiter, der Staatsanwalt oder so sieht - es ist nicht gemacht und sagt: „Dann muss man das nachträglich machen, weil wir ja einen Verdacht haben.“ Das hat schon seinen Sinn, dieses Kreuzchen.

AM2: Naja, ich finde oder ich denke, dass das Kreuz auch für die relativ Unerfahrenen sozusagen eine Art Erinnerung ist, überhaupt, dass man das auch wirklich so machen soll. So, das sehe ich so als Hauptgrund für dieses Kreuz, weil im Prinzip macht ja jeder da das Kreuz. Ich kann mir nicht vorstellen, dass irgendeiner schreibt: „Wir haben es nicht gemacht.“

AM5: Es gibt Situationen, wo ich es nicht mache. Also definitiv. Wo es nicht geht, aus welchen Gründen auch immer. Kommt sehr selten vor, gebe ich zu.

AM2: Also wie gesagt, ich würde sagen, wenn die Totenstarre schon so eingetreten ist, dass ich den Kiefer nicht mehr aufkriege, zum Beispiel, würde ich es trotzdem ankreuzen.

AM5: Eben. Ja... (Zögern.) Ja, das geht dann.

AM2: Also, ich habe immerhin (...)

I: Wir waren gerade beim Thema *Ausbildung im Studium* und auch *Fortbildung*. Denken Sie, es gibt genug Fortbildungsangebote? Nicht für das Studium, sondern für beispielsweise Sie als Allgemeinmediziner? Gibt es da Angebote? Würden Sie die nutzen?

AM5: Ich muss mich wiederholen. Ich würde auch sagen: Null.

AM2: Ich glaube, die Hauptfrage ist bei Fortbildungsangeboten, wie viele Leute würden teilnehmen. Ich meine, ich weiß nicht, wie viele Einladungen Sie jetzt heute verschickt haben für diese Veranstaltung. Man muss ja immer ein bisschen gucken: Was interessiert die Leute überhaupt? Ist das irgendwie DMP-relevant, ist das sonst irgendwie hausarztvertragsrelevant oder was weiß ich? Ich glaube, so etwas sind die Themen, die die meisten Kollegen reizen, zu einer Fortbildung zu gehen.

AM4: Wobei, da muss ich jetzt ja (...) DMP usw. ist jetzt relevant und dann machen wir alle im Jahr noch unsere DMP *all in one* und dann ist *Schluss aus Nikolaus*. Wobei, je nachdem in welchen Fachgesellschaften man ist, hat man sowieso hinterher noch die anderen DMP-Geschichten. Aber speziell, was diese rechtsmedizinischen Sachen angeht, Totenschein usw. und die ganze Problematik in diesem Zusammenhang, glaube ich - das zeigen jetzt hier Fortbildungsseminare - ob das jetzt hier bei den Internistenkongressen oder wo auch immer, wo auch immer das angeboten wird (...) ist es an für sich, ist meine Erfahrung (...) ich habe das jetzt schon ein paar Mal gemacht (...) ist es sehr überlaufen. Das heißt also, dass da (...) das ist mein Eindruck, dass ein sehr großes Interesse da ist. Dass es nur nicht gemacht wird, weil, wie gesagt, der Mensch ist tot. Da gibt es keine Pille, den wiederzubeleben. Oder kein *drug*, was ich dem geben kann. Also gibt es auch kein Interesse der Industrie, es jetzt irgendwie zu pushen oder (...) und deswegen (...) ich habe es ein paarmal bei einer Veranstaltung gesehen. Ich weiß nicht, wo das war. Das wird ja alles anonymisiert. Deswegen kann ich das ja sagen. Ich war irgendwann bei [Gesundheitsunternehmen] vor Jahren. Dass die das dann mitgemacht haben, von der Rechtsmedizin. Aber das ist extremst selten und das ist extrem schade. Weil wie gesagt, mit Toten (...)

AM5: Ich muss eine Ausnahme erwähnen. Das fällt mir jetzt gerade ein. Ich habe nächste Woche Montag ein Seminar über Leichenschauen, und zwar *schwierige Fälle in der Leichenschau*, weil ich Palliativmediziner bin. Da wird es angeboten und dem gehe ich auch nach. Da gehe ich auf jeden Fall hin. Hochinteressant.

I: Wo findet das statt? Oder ist das von der Universität aus?

AM5: Nein, bei uns im Kreis wird es von einer Palliativabteilung gemacht, weil da auch Interesse ist.

I: Aber das heißt, im *Bereich Allgemeinmedizin* gibt es das nicht?

AM5: Sehr selten.

I: Bei Ihnen auch selten?

AM3: Ja, extrem selten.

I: Würden Sie selbst das denn auch machen wollen? Sie haben ja zum Teil schon langjährige Erfahrung. Würden Sie trotzdem noch mal an so etwas teilnehmen wollen?

AM3: Also, nach der Diskussion heute auf jeden Fall.

AM5: Immer.

I: Also okay, es besteht großes Interesse, höre ich daraus?

AM4: Definitiv, weil unabhängig davon, dass jetzt wir unsere Erfahrung haben, natürlich durch die entsprechenden Notdienste, durch die Anzahl der Leichenschauen, die wir alle schon persönlich gemacht haben. Trotzdem, das eine ist ja sozusagen das Wissen und das andere ist die Erfahrung. Man weiß das jetzt hier, wir machen jetzt hier alle Fortbildung, auch im Institut für Allgemeinmedizin. Aber man weiß, nach der Facharztprüfung hat man das höchste Wissen, aber die geringste Erfahrung. Da gehen die Kurven dann (...) im Laufe der Berufsjahre nimmt die Erfahrung dann zu. Das Wissen nimmt ab. Das ist so und deswegen ist es sicherlich so, dass wir die Erfahrung haben. Aber es kann trotzdem natürlich nicht schaden oder ist wichtig, dass man das (...) deswegen machen wir die ganzen Veranstaltungen. Deswegen machen wir die ganzen Fortbildungen und deswegen sind wir auch hier im Institut zum Beispiel. Und dann macht das natürlich auch großen Sinn, dann auch bestimmte Dinge wieder zu rekapitulieren. Gegebenenfalls auch (...) das ist ja auch ein positiver Effekt des Studentenunterrichtes, oder der Studenten, die zu uns kommen, in die Praxis. Dass man dann eben auch bestimmte Positionen, die man hat, sozusagen (...) das habe ich immer so gemacht (...) dass man schön das auch mal hinterfragen kann: War das bis jetzt denn alles immer so richtig? Oder kann ich das nicht? Oder gibt es neue Erkenntnisse? Von daher gesehen, finde ich das sehr wichtig.

AM5: Ich darf noch mal zur Leichenschau sagen: Also Sie haben mich auf eine einfach wundervolle Idee gebracht. Und es gibt bestimmt Leute, die das aufgreifen und eine Fortbildung aus dem Kreis machen. Also, eine Fortbildung muss drei Komponenten haben oder drei Referenten haben: Einen Rechtsmediziner, einen Juristen und einen Kripobeamten. Sonst bringt das überhaupt nichts. Das sind drei total unterschiedliche Einstellungen oder Sichtweisen, die dann zusammengebracht werden. Und dann wird es spannend. So muss es laufen. Sonst geht es nicht.

AM1: Naja, und ehrlich gesagt, auch jemanden aus der Praxis.

AM5: Und der Vierte aus der Praxis.

AM1: Einen Notarzt, einen Hausarzt oder was weiß ich. Weil nämlich, das hat mir an den Fortbildungen, die ich da bisher erlebt habe, eigentlich immer gefehlt. So dieser praktische Aspekt. Wie konkret drehe ich denn die Leiche, wenn ich alleine bin? Wie halte ich die denn fest? Also solche Sachen, finde ich halt (...) klar kann man sagen, jeder macht so sein Ding. Aber vielleicht gibt es da praktische Tipps und vielleicht führt manches (...) da bin ich nämlich oft unsicher (...) manches, was ich dann tu führt dazu, dass ich es dann leichter übersehe oder erst recht übersehe. Weiß ich alles nicht. Und da habe ich noch keine einzige Fortbildung erlebt, die sich mit dieser praktischen Realität wirklich beschäftigt.

I: Das heißt also, wenn ich (...)

AM1: Weil, das ist ja etwas Anderes, ob ich den da auf einem silbernen Tisch liegen habe bei maximaler Beleuchtung oder irgendwo im Wohnzimmer zusammengefaltet und in Erstarrung.

AM3: Genau.

(Lachen.)

AM4: Aber da sind zum Beispiel auch diese ganz rein praktischen Aspekte, womit wir vorhin angefangen haben. Jetzt hier mit dem Ausfüllen. Da steht: *Bitte keine Endzustände, Atemstillstand und Dinges*. Da frage ich mich: „Was denn sonst? Was ist denn sonst der Endstillstand bzw. der Endzustand?“ Der Endzustand ist immer: Der Mensch hört auf zu atmen. Auf der Basis, auf dem Grund von den ganzen Diagnosen. Was ist denn sonst der Grund? Dass man solche Fragen, die uns dann konkret vor Ort, dass man dann solche Fragen aufnimmt und dann auch (...) Was denn sonst? Was kann man denn sonst machen überhaupt?

I: Das heißt, es gibt einerseits Fortbildungsbedarf bezüglich der praktischen Aspekte, also der Durchführung der Leichenschau? Dann aber auch inhaltliche Aspekte, insbesondere: „Wie soll ich das genau ausfüllen? Was soll ich wo eintragen?“ Und wie ist es mit rechtlichen Hintergründen?

AM3: Finde ich auch ganz wichtig.

I: Wie sehen Sie das?

AM3: Weil es trifft uns ja, aber wir haben davon letztendlich keine Ahnung.

AM1: Also in dem Zusammenhang wirklich konkrete Ideen miteinander besprechen. Was macht man, wenn jemand anruft? Finde ich die Nummer wirklich heraus? Kann ich mich darauf verlassen? Muss ich immer zurückrufen? Was sind Kriterien? Was wären übliche Fragen? Und was könnte man mit der Polizei zum Beispiel dann auch besprechen?

AM4: Diese rechtlichen Sachen, was vorhin schon mal angeklungen ist, sind insofern sehr wichtig, dass (...) eben auch für jüngere Kollegen, dass die sich dann eben nicht, wenn die dann ankreuzen *ungeklärt*, sich nicht unter Druck setzen lassen. Und wenn dann ein Staatsanwalt kommt und sagt: „Hören Sie mal, wir nehmen aber morgen die Praxis auseinander, wenn Sie das hier nicht ändern.“ Dass man sich da nicht verunsichern lässt und sagt: „Ach, komm, ich will jetzt meine Ruhe. Alles gut. Ändere ich dann.“ Dass man da auch für sich selbst eine Rechtssicherheit hat und man weiß: „Okay, das ist ein Dokument. Ich habe das so gemacht.“ Also, egal ob ich jetzt 25 [Jahre] bin oder 55. Aber wie gesagt, das ist dann nicht 25, aber 30 meinetwegen.

AM3: Wobei das *ungeklärt* bezieht sich ja immer darauf: Ich weiß nicht, ob es *natürlich* oder ob es *nicht natürlich* war. Dieses *ungeklärt* bezieht sich ja nicht darauf, ich weiß nicht, woran er gestorben ist.

AM5: Moment, das sind ja zwei Dinge. Sie können ankreuzen. Also, das Erste, was Sie immer klären müssen, ist er umgebracht worden?

AM3: Ja, genau.

AM5: Das ist das Einzige, was wichtig ist. Das ist der erste Punkt. Und wenn Sie sich entschieden haben, der Patient ist auf natürlichem Wege verstorben, dann müssen Sie als nächstes entscheiden: Woran ist er verstorben?

AM3: Genau, das meine ich ja.

AM5: Das Umbringen, Mord, das kommt ja ganz selten vor. Da kommen wir ja auch gar nicht rein, da kommt die Polizei. Dann haben wir auch nichts mehr damit zu tun. Dann wird eine Obduktion gemacht. Das ist ganz klar. Aber wenn der *natürliche* Tod sicher ist und die Kollegen dann sagen: „Keine Ahnung, woran der gestorben ist. Der sieht ganz normal aus, der hatte auch nichts. Der ist 40 Jahre alt, bestens. Der hat keine Medikamente genommen, nichts.“ Dann müssen Sie natürlich (...) das ist das, was ich gerade gesagt habe. Dann wird der Hausarzt angerufen und so weiter. Da habe ich mich mit meinem Kripobeamtenfreund gestritten, heiß gestritten. Ich sagte: „Pass mal auf. Du bist

gut. Wenn jemand, wenn ich entscheiden soll *natürlich* oder *nicht natürlich* (...) Ich habe aber keine Ahnung, woran er gestorben ist. Dann ist theoretisch auch der Mord möglich. Und dann kreuze ich an - da kannst du machen, was du willst - da kreuze ich an, es ist *ungeklärt*. Und dann hast du dich gefälligst mit einer Obduktion rumzuschlagen.“

AM3: Genau. Das meine ich ja.

AM5: Wissen Sie was er gesagt hat? „Du hast recht.“

AM3: Genau, das ist es ja. Aber (...)

AM5: Ich kreuze dann *nicht natürlich* an, wenn ich keinerlei Ahnung habe, woran er gestorben ist.

AM3: Genau.

AM5: Ich habe keine Information. Nichts. Dann kommt der Punkt, den der Kollege gerade so schön (...) dann kommt der Staatsanwalt.

AM3: Nein, das ist schon richtig. Aber am Anfang hatten wir ja gesagt, wir wissen manchmal nicht, woran der gestorben ist. Das ist ein alter Mensch. Wir wissen, der ist multimorbide. Wir wissen aber letztendlich nicht, was die eigentliche Todesursache war. Dann kann ich ja trotzdem *natürlicher Tod* ankreuzen. Und dann muss ich kreativ werden bei dem, was ich halt als Todesursache angebe.

AM5: Das mache ich dann nicht. Wenn ich keine Information, keine Medikamente, keine Arztbriefe, nichts habe. Kommt selten vor.

AM3: Sie gehen jetzt von einem Patienten aus, den sie nicht kennen?

AM5: Genau.

AM3: Ich meinte aber (...)

AM5: Im Notdienst.

AM3: Ja, ja okay.

AM5: Und dann rufe ich den Kollegen an.

AM2: Aber selbst ein Patient, den sie kennen (...) der kriegt Ramipril und Bisoprolol (...) muss nicht unbedingt am Herzen gestorben sein.

AM5: Da haben sie recht.

AM2: Also, darum geht es, ne?

AM3: Ja, genau. Das meinte ich jetzt so ein bisschen. Genau.

AM5: Wir haben ja im Prinzip eine Anamnese und wir haben auch Krankheiten, und dann können Sie schon sagen, dass das (...)

AM3: Ich wollte jetzt auch nicht wieder zum ersten Punkt zurück. Nur ich hatte eben das Gefühl, dass so ein bisschen dieses *nicht natürlich* oder *ungeklärter Tod* gleichgesetzt wurde mit: „Ich weiß nicht, woran er letztendlich doch gestorben ist.“

AM5: Ganz genau. Ich meine wirklich den 40-Jährigen, der noch nie von mir gesehen wurde.

AM3: Ja klar, 40-Jähriger der einfach so (...)

AM5: Der keine Medikamente hat, der möglicherweise Drogen genommen hat, und und und.

AM3: Das wissen wir alles nicht, ne?

AM5: Da ist Feierabend.

AM3: Ja, absolut.

AM5: Da bleibe ich bei der Leiche stehen. Dann sage ich: „Hallo, ihr kommt hierher. Ihr habt sofort hier zu erscheinen.“

AM2: Ich habe selbst auch als Notarzt solche Fälle gehabt. Auch so junge Männer zum Beispiel, die tatsächlich nicht obduziert wurden. Wo ich mich gefragt habe (...)

AM5: Ja, habe ich auch erlebt. Was ich nicht nachvollziehen konnte.

AM2: Nein, ich auch nicht.

(Teilnehmende sprechen durcheinander.)

AM2: *Ungeklärt* [war das] natürlich, *ungeklärt*, ob *natürlich* oder *unnatürlich* (...) oder muss ich mich für *natürlich* oder *unnatürlich* entscheiden?

AM3: Ne, das ist dann ungeklärt.

AM2: Da kann man ungeklärt dann (...)?

AM5: Aber sie haben vollkommen recht. Das hat mich wütend gemacht. Da habe ich aber auch angerufen. Ich sagte: „Seid ihr eigentlich (...)? Ich mache mir hier einen riesigen Stress und ihr lasst das durchlaufen!“

I: Denken Sie, dass die Obduktionsfrequenz angemessen ist?

AM5: Nein.

I: Sondern? Zu wenig?

AM5: Viel zu wenig.

AM3: Zu wenig.

I: Okay, würden die anderen auch zustimmen?

AM5: Ja.

AM2: Auf jeden Fall viel zu wenig für alle. Ich würde auch gerne, ehrlich gesagt, manchmal bekannte Patienten obduzieren lassen, die meine Patienten sind. Wo ich am Ende doch nicht sicher bin, woran sie gestorben sind. Ob sie nicht doch eine Lungenembolie hatten oder irgendwas.

AM5: Ganz genau. Vollkommen richtig.

AM1: Wo man sich manchmal auch fragt, also, wo es für das eigene klinische Entscheiden tatsächlich sogar eine Relevanz hat. Wo man sich fragt: „Hätte ich an der oder der Stelle, habe ich da vielleicht doch was übersehen?“

AM2: Ja, richtig.

AM5: Vollkommen richtig.

AM1: Wo die Obduktion irgendwie lehrreich wäre.

AM5: Die machen es selten oder gar nicht. Ich weiß nicht (...) Bezahlen wollen sie's nicht. Sie wollen's nicht hören (...)

I: Das würde mich auch noch interessieren. Also klinische Obduktionen, gibt es die überhaupt im niedergelassenen Bereich mal?

AM2: Eigentlich gar nicht.

AM5: Nein.

I: Was denken Sie, woran das hauptsächlich liegt?

AM5: Geld. Obduktion ist teuer.

AM2: Ich wüsste gar nicht, wer der Kostenträger ist.

AM3: Wie müsste man das jetzt initiieren? Das wüsste ich jetzt gar nicht.

AM5: Angehörige (...)

AM2: Die Angehörigen müssen das bezahlen. Das ist wahrscheinlich auch nicht billig.

AM3: Aber über wen geht das denn dann? Ruft man dann die Pathologie an? Ich wüsste das jetzt gar nicht. Genau das geht ja gar nicht über die Rechtsmedizin.

I: Also wenn man eine rechtsmedizinische Obduktion privat in Auftrag gibt, dann muss man das selbst bezahlen.

AM4: Was wäre denn, wenn ich jetzt (...) ich habe den Totenschein, alles klar: *natürlicher Tod*. Und ein Angehöriger kommt und sagt: „Das glaube ich nicht. Das stimmt nicht. Ich möchte den unbedingt obduzieren lassen.“ Kann er das dann trotzdem machen lassen? Auch wenn ich jetzt *natürlicher Tod* geschrieben habe?

I: Ja, natürlich.

AM4: Wenn er das selber bezahlt und wenn er sagt: „Ich möchte das wissen als Patient.“?

I: Ja, das ist möglich.

AM4: Das geht?

AM2: Weil die Leiche dem gehört, dem Angehörigen.

I: Weil die Angehörigen ja die Sorgeberechtigten des Toten sind. Deshalb dürfen sie das auf eigene Rechnung in die Wege leiten und müssen es dann auch bezahlen. Oder sie gehen zur Polizei und sagen: „Ich habe aber doch Zweifel an einem natürlichen Tod.“

AM1: Und was passiert dann, wenn sich dann aus der Obduktion Hinweise auf einen *nicht natürlichen* Tod ergeben?

I: Dann müssten wir natürlich wieder die Polizei informieren.

AM1: Dann muss der Angehörige das aber hoffentlich nicht bezahlen.

I: Ich glaube, dieser Fall kommt so gut wie nicht vor. Aber wenn ich herausfinden würde, bei Obduktion, die durch Angehörige veranlasst wurde, dass beispielsweise jemand erwürgt wurde, dann müsste ich das natürlich der Polizei melden. Ganz klar. Dann kann ich das ja nicht einfach vertuschen.

(Teilnehmer reden durcheinander.)

I: Was mich also noch interessiert: Denken Sie, es wäre ein Anreiz für Ärzte, die Aufgabe *Leichenschau* ordentlich durchzuführen, wenn man häufiger eine Rückmeldung kriegen würde, was denn bei der Obduktion rausgekommen ist? Also, dass überhaupt obduziert würde und dann, dass man dann das Ergebnis erhalten würde?

AM2: Das auf jeden Fall. Ich wäre mir auch sicher, dass das motivierend wäre, wenn man das wüsste und eine Obduktion häufiger durchgeführt würde.

AM1: Aber wie bei allen Lernschleifen in unserem, sagen wir mal, schlecht im Umgang mit Fehlern trainierten System, wäre es dann eben als Lernschleife zu etablieren. Aber das haben wir ja an keiner einzigen Stelle unserer Fort- und Weiterbildungskultur. Wir werden für Fehler beschimpft, angegriffen und werden deswegen auch eigentlich immer angehalten, sie zu vertuschen. Daran hat sich ja durch alle Bemühungen, die es bisher so gibt, auch von Seiten der Ärztekammer, eigentlich nichts geändert. Und das finde ich, ist an der Stelle auch so. Da kommt ja nichts bei raus. Dann habe ich mir doch lieber alle Öffnungen angeguckt. Dann habe ich doch lieber (...) „Wahrscheinlich ist es doch eh natürlich.“ und „Wird schon gut gehen.“ Das ist diese Augen-zu-und-durch-Mentalität. Die wird aber gefördert, weil alle diese Lernschleifen nicht existieren. Weil man siebenmal von der Polizei unter

Druck gesetzt wurde, weil man (...) an allen Stellen im System passiert das genaue Gegenteil von dem, was eigentlich förderlich wäre. Natürlich, weil es Geld kosten würde.

AM5: Also es gibt (...) es ist angedacht, einen Leichenschauarzt zu installieren, was ich für hervorragend halte. Der nichts anderes macht. Ich sage mal, ein Arzt im Kreis, der nichts anderes macht, profimäßig, absolut super sauber, als Leichenschau zu machen. Der natürlich ins System komplett integriert ist. Bei dem alle Fäden zusammenlaufen. Kein Thema mehr. Und wir sind raus. Der Verdienst ist ja ein Witz. Also ich halte das für das Beste.

I: Also den Leichenschauarzt. Wie ist das bei den anderen?

AM4: (...) Das höre ich zum ersten Mal. Was ich wohl weiß ist, dass strukturell sich jetzt (...) das ist ja a) Ländersache (...) dass strukturell versucht wird, jetzt hier das so aus dem Schattendasein dieser Pseudohonorierung (...) sage ich jetzt mal (...) ist ja jetzt keine richtige Honorierung, die 70 Euro (...) aus diesem Schattendasein das herauszunehmen, das dann richtig zu vergüten und auch mit einer entsprechenden Ziffer und so weiter, dass das dann bundeseinheitlich gemacht werden soll, das ist, glaube ich, schon relativ weit. Und das sollte auch, wenn ich das jetzt so richtig gelesen oder verstanden habe, sollte dies auch relativ zeitnah, also sprich im nächsten, spätestens im übernächsten Jahr dann installiert werden, dass es da eine richtige Honorierung gibt. Dass da bestimmte Dinge jetzt hier sich auch verändert haben. Da weiß ich aber nicht, wie weit das jetzt ist und wie weit das jetzt in dem Bereich (...) wie weit die Planungen sind.

I: Es würde mich auch sehr interessieren, was Sie dazu sagen, inwiefern das die Qualität der Leichenschau verbessern wird.

AM2: Die Vergütungsfrage?

I: Genau, wenn es besser vergütet wird.

AM5: Weiterbildung, das ist die Weiterbildung. Also, wenn man das honoriert und gleichzeitig sagt: „Wir machen jetzt eine intensive Weiterbildung und Schulung. Das haben wir ja alle gleichzeitig jetzt gesagt. Bin ich sofort einverstanden. Es wird hochgehoben endlich mal als intensives wichtiges Fach wie DMP, Diabetes mellitus oder sonst was. Okay, wenn der Staat sagt: „Wir zahlen mehr“, dann wollen wir auch eine gute Ausbildung. Dann sind wir dabei.

AM4: Also letztendlich ist es so: Ich glaube, dass die Qualität der Leichenschau selber, nicht nur die wir machen, auch von den Kollegen jetzt hier relativ unabhängig ist von der Honorierung. Wir müssen die sowieso machen. Also mit Verlaub, die Arbeit, die wir leisten, wird dann endlich wertgeschätzt oder zumindest ansatzweise wertgeschätzt. Ich glaube, dass die (...) weil wir sind ja eh dazu verpflichtet, wenn ich jetzt rausfahre - Notdienst um drei Uhr - muss ich da auch hin. Dann kann ich nicht sagen: „Ich kriege aber nur (...)“, sage ich jetzt nicht. Ich muss es ja machen. Und dann mache ich das vernünftig, dann mache ich das alles. Nur wenn diese Arbeit (...) ist auch im Notdienst oder jetzt auch (...) es gibt ganz, ganz viele komplexe, strukturenkomplexe Themengebiete, die da ähnlich sind. Aber wenn ich dann weiß, dass meine Arbeit wertgeschätzt wird, dann führt es auch zu einem, ja wie soll man sagen, zu einem befriedigenden Gefühl natürlich.

AM1: Stimmt.

AM4: Aber auf die Qualität der Untersuchung? Das würde ja im Umkehrschluss behaupten: Wir kriegen zu wenig Geld, also machen wir das nicht. Das wird auch häufig in der Öffentlichkeit, jetzt hier in unserer übererregten, hysterischen Gesellschaft immer so postuliert, dass dann gesagt wird: „Ja okay, dann machen die das gar nicht.“ Das ist natürlich Quatsch. Das heißt, die Qualität der Untersuchung wird sich dann nicht ändern.

AM1: Aber vielleicht würde es das Interesse an Weiterbildung sogar noch fördern, die Bereitschaft insgesamt. Und dann wären es so indirekte [Effekte]...

AM2: Ich persönlich glaube gar nicht, dass wirklich die Qualität der Leichenschau so ein großes Problem ist. Ich glaube tatsächlich, also für mich auch, ist dieses ganze Drumherum eigentlich das Problem. Einmal eben dieser wirklich, finde ich, sehr komplizierte Schein, der sehr kompliziert auszufüllen ist. Erst einen Teil hier und dann einen Teil da und dann wieder einen Teil da und dann

auseinandernehmen und wieder zusammensetzen und dann so verpacken und so verpacken und Kreuze reinmachen. Das ist das Eine.

(Lachen.)

AM2: Und das Andere ist eben eigentlich die Recherche über den Tod vorher. Also, nicht die Leichenschau selbst, dass derjenige jetzt gestorben ist und tot ist. Das ist der eigentliche Grund auch. Dass da keine Messer im Rücken stecken, das, finde ich, ist eine relativ leichte Geschichte. Aber dieses, zum Beispiel, sich irgendwie alte Arztbriefe von irgendwelchen nachtdiensthabenden Altenpflegerinnen aus dem Sudan irgendwie bringen zu lassen, die kaum den Namen kennen von demjenigen oder was weiß ich. Ohne jetzt hier irgendwelche Vorurteile schüren zu wollen. Aber das finde ich, ist eigentlich die wirklich aufwändige Angelegenheit. Und darunter leidet für mich das Ausfüllen dieses Scheines, muss ich sagen. Und auch die Aussage, die ich da treffe. Nicht an der Leichenschau selbst, wenn man die Leichenschau selbst als die Untersuchung des Toten betrachtet. Ich finde, der Schein ist das Problem; mit allem was da dran hängt.

AM5: Es fängt damit an, dass Sie die Personalien ja brauchen. Was glauben Sie, wie oft ich es in den Altenheimen erlebe, dass kein Personalausweis da ist? Theoretisch dürfte ich überhaupt nichts machen ohne Personalausweis.

AM1: Bei jedem Zweiten.

AM4: Wobei oben steht ja auch *Identifikation mit Personalausweis (...)*

AM5: Vollkommen richtig.

AM4: Oder da steht *ohne Angabe, ohne eigene Kenntnis nach Angabe* und so weiter.

AM5: Kann man ankreuzen. Ja.

AM4: Wenn ich jetzt keinen Personalausweis habe und keine ID (...) dann haben die meistens eine Krankenkassenkarte oder (...)

AM5: Man pfuscht sich da irgendwie so durch.

AM2: Aber das ist nicht die Identifikation, wo da steht : *Nach eigener Erkenntnis oder nach Angaben*. Das ist der Todeszeitpunkt. Da steht *nach eigener Erkenntnis oder Angabe*.

AM3: Nein. Nein. Nein.

(Teilnehmende reden durcheinander.)

AM3: Identifikation nach *eigener Kenntnis* oder *Personalausweis*.

(Teilnehmende reden durcheinander)

AM2: Aber nicht *nach Dritten*. *Nach Dritten* steht bei dem Todeszeitpunkt.

AM4: Aber hier steht *Personalausweis*.

AM5: Identifikation. Vollkommen richtig. Aber es geht um den Zeitraum. Der Kollege sagte so schön: „Leichen sind immer morgens um drei Uhr.“ Und dann brauchen Sie Zeit. Er hat es ja gerade schön geschildert. Die Leichenschau selbst geht schnell, aber das Drumherum - und dazu gehören auch die Personalien. Das heißt, Sie fragen erstmal: „Haben sie was?“ Dann fängt die Sudanschwester an, in ihren Akten zu suchen.

AM3: Jetzt muss ich aber mal eine Lanze brechen für das Pflegepersonal.

AM2: Entschuldigung. Ich will die jetzt wirklich nicht schlecht machen. Ich war selbst Pfleger früher.

(Lachen.)

AM5: Ich wollte das jetzt ein Bisschen ironisch machen.

AM3: Die haben das wirklich meistens schon fertig. So ist das in dem Heim, wo ich bin. Wenn ich dahinfahre, also sowohl die Heime, wo ich regelmäßig bin, als auch wo ich dann mal im Notdienst hinkomme, die haben eigentlich alles bereit gelegt. Wirklich. Die sind gut vorbereitet.

AM5: Ja, da haben Sie Glück gehabt.

AM1: So kenne ich das auch. Aber manche Sachen sind einfach nicht vorhanden, zum Beispiel der Arzt (...).

AM3: Wenn es nicht vorhanden ist, können sie nichts machen. Aber die fangen da nicht an zu suchen. Die haben das wirklich parat, muss ich sagen.

AM5: Sie haben ja Recht. Meistens klappt es.

I: Über zwei Sachen würde ich gerne noch sprechen, und zwar einmal ethische Probleme. Gibt es Probleme mit Angehörigen? Also, ist zum Beispiel das Durchführen der Leichenschau vor Ort ethisch schwierig, weil die Angehörigen danebenstehen und man denkt: „Das ist pietätlos.“

AM4: Die kann man rausschicken. Die stehen nicht daneben, weil ich sage dann, auch selbst wenn (...) „Können Sie bitte kurz den Raum verlassen?“ Von daher gesehen gibt es da keine Probleme.

I: Aber eben hatte ich jemanden sagen gehört, dass zum Teil die Angehörigen auch helfen.

AM3: Ja also, wenn man jemanden braucht, muss man einfach gucken, ob man jemanden findet, der sich dazu in der Lage sieht. Und da muss man einfach gucken. Kennt man die Leute, dann kann man selbst sagen: „Können Sie mir bitte helfen?“ Oder sonst muss man fragen. Und das muss man dann einfach ein bisschen mit Fingerspitzengefühl machen.

AM1: Aber der Regelfall ist eigentlich, dass die Angehörigen, dass die da jetzt nicht irgendwie dazwischenfunken oder einen behindern. Das habe ich tatsächlich noch nicht erlebt.

AM5: Darf ich eine kleine Story erzählen? Das ist alles „Asbach uralt“. Das war Anfang der 80er Jahre. Ich war gerade frisch niedergelassen. Ich bin in einer strengst katholischen Gegend tätig. Und ich komme rein: Der Leichnam ist aufgebahrt mit Blumen, mit allem drum und dran. Angezogen. Anzug. Bester Anzug. Alles bestens.

AM2: Rosenkranz?

(Lachen.)

AM5: Ja, den Rosenkranz habe ich vergessen.

(Lachen.)

AM5: Daneben sitzt der Pastor. Ein alter Pastor, ein holländischer, und die Angehörigen. So, ich komme rein und sage: „Okay, jetzt muss ich ihn leider ausziehen.“ Da faucht - jetzt kommt die Ethik - da faucht mich dieser holländische Pastor auf Holländisch an, also halb Holländisch, halb Deutsch, was ich mir denn einbilden würde. Es wäre doch alles geklärt hier. Und mein Vorgänger - der schon lange tot ist - hätte das so abgezeichnet. Und da habe ich darauf bestanden. Dieser Pastor hat mich nie mehr angeguckt. In dieser Ecke bin ich jahrelang nicht als Hausarzt tätig gewesen, weil die Leute richtig böse waren. Ich habe es trotzdem gemacht. Da haben Sie also Recht. Aber das war nur ein einziges Mal.

I: Also ist es normalerweise nicht so?

AM5: Normalerweise nicht.

AM1: Kein Problem, kein Problem.

AM2: Ich mache es eigentlich so, wenn ich dahinkomme, zu den Leuten nach Hause, dann sag ich den Angehörigen: „Ich muss jetzt Ihren Vater, Mann oder was weiß ich, untersuchen. Möchten Sie dabeibleiben oder lieber rausgehen?“ Und wenn die dann rausgehen wollen, ist es okay. Wenn sie dabeibleiben wollen, ist es halt auch okay. Ich finde dann machen die das. Ich muss da auch sagen (...) eigentlich da eher kein Problem.

AM3: Aber Hilfe braucht man selten mal.

AM2: Ich habe das selten in Anspruch genommen, muss ich sagen.

AM5: Also bei extremer Adipositas, sonst nicht.

I: Fällt Ihnen sonst irgendwas ein, also im Zusammenhang mit ethischen oder moralischen Schwierigkeiten bei der Leichenschau? Oder ist das gar nicht so ein Thema?

AM2: Ich überlege gerade, aber das habe ich noch nicht erlebt, wie das ist mit anderen Kulturen. Also ich weiß nicht. Also, wenn wir als Männer muslimische Frauen mal untersuchen müssen oder so was, dann ist das ja schwierig. Aber ich habe da noch nie eine Leichenschau gemacht. Ich habe keine Ahnung, wie so eine muslimische Frau im Bett liegt oder wo auch immer die dann verstorben ist. Die sind ja auch immer unter Druck, weil die schnell beerdigt werden müssen, glaube ich. Aber da habe ich jetzt keine Erfahrung mit.

AM4: Kann ich mich ehrlich gesagt auch nicht so richtig erinnern. Ich glaube, es ist aber relativ unproblematisch. Das ist dasselbe, als wenn ich jetzt hier jemanden habe mit Kopftuch oder Verschleierung. Der kommt in die Praxis und so weiter, in der Praxis, in meinen Raum selbst (...) ob da der Ehemann dabei ist (...) aber meistens gehen Männer dann raus und so weiter. Ich sage, „Ich muss untersuchen.“ oder wir sprechen auf Englisch oder wie auch immer. Dann ist es auch überhaupt kein Problem, weil die wissen, das funktioniert. Das muss so sein, nur so kann ich untersuchen. Wenn die Untersuchung fertig ist, legen sie ihr Kopftuch wieder an. Ich denke (...) vermute ich (...) aber wie gesagt, dass es jetzt hier [bei der Leichenschau] auch so ähnlich ist.

AM5: Aber spielen wir es mal durch. Wenn es (...) ich arbeite auch im türkischen Bereich, in stark türkisch durchsetzten Gegenden. Also dann würde ich die Polizei rufen. Ich würde nicht aufhören. Ich würde auch nicht weggehen. Ich würde sagen, hier hindert mich jemand (...)

AM2: Ich weiß gar nicht, ob das so ist, als ob das überhaupt einen Unterschied macht. Das weiß ich nicht.

AM5: Was für einen Unterschied?

AM1: Ob man überhaupt mit Widerstand rechnen muss. Deswegen sage ich (...)

AM5: Ich sage aber, wenn, dann würde ich nicht weggehen. Ich würde die Leichenschau abbrechen und warten, bis die Polizei kommt.

AM1: Aber an der Stelle echt interessant. Also an der Stelle (...)

AM5: Ist ne echte Frage.

AM1: Also der Respekt vor (...)

AM4: Aber da sind wir ja auch verpflichtet, weil die Person ist ja dann hier in Deutschland gestorben. Und sobald das (...) keine Ahnung, wo auch immer passiert ist (...) Letztendlich muss ich das ja [machen]. Und wenn es dann irgendwelche Schwierigkeiten gäbe oder dann Angehörige jetzt bei (...) Ich könnte mir vorstellen, weiß ich jetzt nicht, aber (...) in [Stadt] haben wir drei große Zigeunerfamilien, Roma, Sinti (...) Da gibt es auch ganz, ganz viele, ganz, ganz spezielle Probleme dahingehend, dass die dann mit 50 Leuten das Krankenhaus belagern und so weiter. Und auch da würde ich dann notfalls die Polizei rufen und sagen: „Ich muss jetzt hier leider *Dingens* und muss Sie bitten dann (...)“ Aber wie gesagt, habe ich bis jetzt noch nicht erlebt, kann ich jetzt nichts zu sagen.

I: Okay.

AM4: Ist nur eine Vermutung.

I: Den professionellen Leichenschauarzt hatten wir eben schon besprochen. Da hatte ich Ihre Meinung als positiv wahrgenommen?

AM4: Moment, Moment. Das hatten Sie jetzt gesagt.

AM5: Ich hatte das gesagt.

AM4: Es ist sicherlich eine Option. Ich persönlich halte es für eine nicht so gute Idee, weil ich finde, das ist eine grundärztliche Tätigkeit, also auch für Hausärzte, für Internisten, für Allgemeinmediziner. Deswegen halte ich mal (...) alles wird jetzt wegdelegiert (...) und wir brauchen jetzt einen *Facharzt für Guten Tag sagen* und was weiß ich. Aber, wie gesagt, ich finde das ist elementarer Bestandteil ärztlicher Tätigkeit und auch hausärztlicher Tätigkeit. Und ich finde, man kann da sicherlich oder man muss sicherlich viel auch in Fort- und Weiterbildung machen. Aber ich finde, es sollte (...) an für sich sollten auch jetzt hier zukünftige Generationen von Hausärzten dies machen.

AM2: Ich finde ehrlich gesagt auch tatsächlich, wenn ich einen Patienten sehr lange betreut und beurteilt habe, gehe ich auch gerne dahin, um den Angehörigen zu kondolieren und mich vielleicht auch selbst von dem Patienten zu verabschieden, wenn er verstorben ist. Ich finde das bei Leuten mit denen man jetzt sich irgendwie auch verbunden fühlt, würde ich jetzt auch nicht sagen, zu dem Anlass muss jetzt ein wildfremder Typ da rein kommen - oder eine Frau. Oft finden die Angehörigen (...) wenn dann die Polizei nämlich kommen muss, aus irgendeinem Grunde, weil der Notarzt nämlich gesagt hat „*Ungeklärt*, ich kenne den Menschen hier gar nicht.“ (...) empfinden die die Tatsache, dass dann so fremde Leute ins Haus kommen, in der Situation als sehr unangenehm. Also ich glaube, dass das für mich als Arzt mehr ist (...) Ich muss die Leichenschau nicht machen, um mich als Arzt gut zu fühlen oder so was, aber ich glaube für die Angehörigen wäre es nicht schön, wenn so ein Profi kommt, der nur Leichenschau macht.

AM5: Ich bin auch falsch verstanden worden. Ich meinte jetzt auch den ärztlichen Notdienst, also fremde Leute. Ich bin ja Palliativarzt und bin automatisch mit allen meinen Palliativpatienten telefonisch verbunden, egal wo ich in Deutschland bin. Ich hänge am Handy. Und das ist das, was der Kollege gerade richtig sagte. Ich habe einen persönlichen Bezug zu den Patienten und ich möchte dann auch bei meinen Palliativpatienten selbst die Leichenschau machen. Ist vollkommen richtig.

I: Eine andere Möglichkeit wäre noch, dass man für Ärzte eine Art Indikationskatalog erstellt. Es könnte zum Beispiel in Form einer App oder eines kleinen Buches sein. Ich nenne mal ein Beispiel. Dass man beispielsweise sagt: „Wenn der Verstorbene in der letzten Woche gestürzt ist mit Kopfverletzung und keine Bildgebung des Kopfes erfolgt ist und ansonsten die Todesursache nicht klar ist, dann muss ein *ungeklärter Tod* bescheinigt werden.“ Eine Art Buch oder Katalog mit solchen Vorgaben. Was würden Sie davon halten? Pocket guide line oder vielleicht eine App.

AM2: Die man über eine Suchfunktion dann findet, wo man dann eingibt irgendwie „Sturztod“?

I: Zum Beispiel. Es gibt auch Bestrebungen, eine *digitale Todesbescheinigung* einzuführen. Es könnte vielleicht auch in diesem Zusammenhang auftauchen. Dass, sobald man *Sturz* eingibt, dass dann da aufpoppt: „Wenn der Sturz dann und dann erfolgt ist und keine Bildgebung gemacht wurde, dann muss ein *nicht natürlicher Tod* bescheinigt werden.“

AM3: Das setzt natürlich auch voraus, dass man dann zum Beispiel im Notdienst wirklich diese wichtige Anamnese sehr detailliert macht, machen *kann*, und jemand da ist, der einem da auch Auskunft gibt.

AM1: Was macht man, wenn man das speziell nicht klären kann. Dann ist man wieder bei der (...)

AM3: Die Idee ist gut, aber in der praktischen Umsetzung dann wird das schon schwierig. Im Altenheim ist das alles dokumentiert. Die haben ihre Sturzprotokolle rauf und runter. Aber gerade im häuslichen Umfeld (...)

I: Aber müsste man dann nicht konsequenterweise sagen, wenn das nicht herauszufinden ist, dann muss man ohnehin *ungeklärt* bescheinigen?

AM5: Also, wenn eine Sturzanamnese da ist, dann ist das auch ohne Pocketbook klar. Das ist doch klar. Dann reagiert man sofort.

AM2: Naja, also es kommt darauf an. Ich denke jetzt an einen Fall. Ich kriege den Sturzbericht aus dem Altersheim, diese Woche kriege ich den oder sagen wir mal, ich habe den vor zwei Wochen bekommen. Die Patientin ist gefallen auf den Po, hat keine blauen Flecken, keine Schmerzen. Gut, 14 Tage später stirbt sie. Dann sehe ich den Zusammenhang zu dem Sturz überhaupt nicht. Ich weiß ja gar nicht, ob die überhaupt mit dem Kopf irgendwo angetitscht ist. Hat keiner beobachtet, hat keiner

gesehen. Die Patientin saß auf dem Boden. Wo der Kopf zwischendurch war, weiß der Kuckuck, als sie gefunden wurde.

AM5: Wenn die Leute alleine wohnen, da ist überhaupt niemand da.

AM2: Das ist natürlich noch viel schlimmer.

AM4: Also ich denke, dass die Idee ganz gut ist. Die Idee mit dem Pocket-Guide. Ist sicherlich ganz gut so.

AM5: Finde ich auch.

AM4: Für junge Kollegen, so als Gedankenstütze.

AM5: Auch für uns.

AM4: Ja, auch für uns. Dass man mal kurz nachschauen kann. Diese Digitalisierung des Totenscheines finde ich, also ehrlich gesagt, habe ich da große Zweifel. Sollte man auch nicht forcieren. Nicht nur aus Datenschutz und so weiter. Und das alles zu sehr zu systematisieren. Und dann gebe ich den Begriff ein und dann (...) dann kann ich auch das Handy nehmen und scann den [Leichnam] einmal ab und dann gucke ich: Was sagt das?

(Lachen.)

AM4: Nein, das ist Quatsch. Wir sind jetzt noch nicht im 22. Jahrhundert. Aber das halte ich für relativ unrealistisch und auch für (...) Das mit dem Pocket-Guide ist eine gute Sache. Das kann man sicherlich auch irgendwie meinetwegen für die Jungkollegen oder viel jüngeren als App dann machen und so weiter. Alles schön und gut. Das ist sicherlich eine interessante und eine gute, sinnvolle Sache. Die anderen Sachen eher nicht.

AM5: Also auch wieder vom Rechtsmediziner und Juristen und Kripobeamten zusammengestellt, einfach, unkompliziert. Ich sag mal so zehn Fragen oder irgendwie sowas. Das würde was bringen. Da gebe ich Ihnen Recht.

AM1: Zehn Fragen, die sie immer stellen sollten.

(Lachen.)

AM4: Nein, aber auch praxisrelevanter. Was jetzt hier vorhin gesagt worden ist, dass eben ganz konkrete Fragen (...) zum Beispiel *Atemstillstand*, *Kreislaufstillstand* und so weiter (...) *Ausfüllen* (...) so typische Fallstricke. Dass man die auch aus der Praxis (...) Wenn man dann morgens um drei Uhr da ist: „Also gut, dann könnte ich noch das oder das machen. Da schau ich noch mal nach, wie war das jetzt noch.“ Also das wäre sicherlich ganz sinnvoll.

AM2: Ich fände, wenn ich das sagen darf, im Rahmen einer Fortbildung. Wenn man eine Fortbildung zum Thema macht. [Es wäre] auch noch mal sinnvoll, darüber aufzuklären: Was passiert überhaupt mit dem Totenschein und welche Konsequenzen hat das eigentlich, was ich dahin schreibe? Hat das überhaupt irgendwelche Konsequenzen? Das fände ich schon total relevant und auch motivierend, den Schein gut oder besser oder eben etwas luschtiger auszufüllen. Je nachdem, wieviel Mühe man sich macht, finde ich, hängt ja ein bisschen damit zusammen, ob das auch Relevanz hat, irgendwie.

AM1: Beim digitalen Totenschein ist die Lesbarkeit ein entscheidendes Kriterium.

AM4: Die ist sicherlich besser

AM2: Das kommt auch noch dazu.

I: Ich würde noch mal ganz offen fragen, ob Ihnen noch weitere Lösungsvorschläge einfallen? Oder Verbesserungsvorschläge, die wir noch nicht genannt haben? Oder [gibt es] etwas Anderes, was Sie dringend noch loswerden wollen?

AM3: Nein, ich glaube, wir haben ordentlich diskutiert hier.

I: Okay, dann vielen Dank für die angeregte Diskussion und für Ihre Ideen.

## Interviewtranskript AmtsärztInnen

I: In welchem Kontext haben Sie im Berufsalltag mit Leichenschau zu tun?

AA1: Es ist unsere Aufgabe im amtsärztlichen Dienst, eine zweite Leichenschau vor Feuerbestattungen oder Überführungen ins Ausland durchzuführen, wenn der Bestatter uns beauftragt, wenn er z.B. nicht zum Krematorium fahren möchte; und da gibt es bei uns im Bereich einige, die das machen, und es kommt selten mal vor, dass von der Polizei gefragt wird für eine erste Leichenschau.

I: Und in welchen Fällen kommt das vor?

AA2: Die erste [Leichenschau]?

I: Ja.

AA1: Wenn der Notarzt schnell wieder wegmusste. Es gab z.B. mal ein Fund von einem Skelettteil in einem vermüllten Haus, was wohl seit Monaten niemand mehr betreten hatte. Und (...) andere fallen mir gerade nicht ein, aber es kommt hin und wieder mal vor.

AA3: Ich hatte es zweimal im Zusammenhang mit Suizid. Als ein Mensch vor dem Zug gestanden hat und einer, der sich erhängt hat, wo die Polizei dann angefragt hat.

I: Und bei den anderen?

AA2: Ich hatte noch keine Leichenschau, also ärztliche Leichenschau schon, aber nicht im Rahmen dieser Tätigkeit. Nur im Berufsalltag im Krankenhaus, sicherlich häufiger im Dienst. Aber eine erste Leichenschau im Rahmen der amtsärztlichen Tätigkeit hatte ich noch nicht.

AA4: Ich auch nicht.

I: Wie ist das, wenn Sie die zweite Leichenschau durchführen? Wie hoch ist Ihrer Einschätzung nach der Anteil an Todesfällen, die Sie nicht freigeben können, sondern wo ein Problem besteht?

AA2: Ich würde sagen, einmal pro Monat. Es kommt selten vor, aber es kommt vor.

AA1: Das ist natürlich statistisch. Es ist bei mir schon mal gewesen, dass es mal viermal hintereinander vorgekommen ist und dann eine ganze Zeit nicht mehr.

AA2: Wobei ich auch noch sagen möchte, dass wir auch oft telefonieren, um diesen Fall zu verhindern, dass dieser Fall nicht freigegeben wird. Das ist regelmäßig der Fall, dass wir nach der Leichenschau zum Telefon greifen müssen, um mit den behandelnden Ärzten Kontakt aufnehmen.

I: Was würden Sie einschätzen, wie oft das beispielsweise unter hundert Leichenschauen passiert, dass Sie nochmal anrufen müssen?

AA2: Ich würde sagen 30.

AA3: Jede zweite.

AA4: 20 oder 30.

AA1: Ich würde sagen, das geht manchmal auf die Hälfte zu. Der Grund ist jetzt nicht immer, dass man immer die Polizei rufen müsste, sondern manchmal auch ein bisschen erzieherisch gewesen. Und das nimmt natürlich ab, wenn man unter Stress steht, dann denkt man: „Das hat halt jahrelang nichts genützt, diese erzieherische Funktion auszuüben und es ist nicht meine Hauptaufgabe.“ Aber

es ist oft halt nicht gut ausgefüllt, ohne dass es direkten Einfluss darauf hätte, ob es jetzt *natürlich* oder *nicht natürlich* ist.

I: Können Sie nochmal erklären, was Sie mit erzieherisch meinen?

AA1: Das sind ja oft die jungen Assistenzärzte, die anscheinend gar nicht richtig eingearbeitet wurden oder das unter Druck gemacht haben und vergessen haben, dass man dann sagt: „Das oder das muss aber angekreuzt werden.“ Oder: „Die Zeiten können nicht übereinstimmen, eins von beiden stimmt nur.“ Oder: „Können Sie noch dazu schreiben, wie lange diese Krankheit bestand? Können Sie noch was zusätzlich in die Spalten reinschreiben, damit man sich ein Bild davon machen kann?“ Dann würden man sie beim nächsten Fall nicht noch mal anrufen. Dass man denen das erklärt.

I: Jetzt haben Sie gerade von der Klinik gesprochen. Was denken Sie, sind da die Hauptprobleme? Was sind die häufigsten Fehler, die gemacht werden und was denken Sie, wie es dazu kommt?

AA2: Ich denke, es ist ganz oft die Unerfahrenheit der Kollegen, die keine Ahnung haben, wie sie es machen sollen. Und oft auch der Zeitdruck, dass die das einfach zügig erledigt haben möchten. Nachts um vier Uhr hat man vielleicht auch nicht so viel Lust, sich noch mit der Akte eines Patienten auseinanderzusetzen, den man gar nicht kennt. Ich glaube, das ist ein großer Grund. Es wird auch nicht für wichtig befunden, von vielen Kolleginnen und Kollegen. Manchmal kriegt man da Diagnosen hingeschmiert, man kann die gar nicht lesen. Der Totenschein ist zum Teil nicht unterschrieben. Das heißt, wenn Rückfragen unsererseits sind, ist es immer ein riesiger Akt, da jemanden zu bekommen. Bis hin zur Unmöglichkeit, wenn es im Rahmen von KV-Diensten zum Beispiel gemacht wird. Und es wird keine Wertschätzung demgegenüber entgegengebracht.

AA4: Es ist eher lästig. Glaube ich auch.

AA3: Man muss schon feststellen, dass Hausärzte, die man anruft, die melden sich auch zurück und haben auch irgendwie Verbindung zu dem Patienten, die geben gerne Auskunft.

AA4: Das ist in der Klinik schwieriger. Finde ich auch.

AA1: Aus meiner Sicht sind die am besten ausgefüllten Todesbescheinigungen von den Ärzten der Palliativmedizin.

AA4: Definitiv. Die sind wirklich sehr gut ausgefüllt.

AA1: Obwohl man da ja die wenigsten Probleme hätte zu erkennen, dass derjenige wahrscheinlich eines natürlichen Todes gestorben ist.

AA2: Aber ich habe festgestellt, dass die jungen Ärzte das teilweise einfach nicht genau wissen, was sie da reinschreiben sollen; aber möglicherweise nicht an der richtigen Stelle, aber insgesamt doch Auskunft geben würden, wenn sie mehr Zeit hätten. Dann würde die letzte Todesursache nicht ganz oben stehen. Wie auch immer, man würde sich ein rundes Bild von der Situation machen können, wenn sie mehr Zeit hätten. Aber es gibt anscheinend sogar Missverständnisse bezüglich Sachen, die eigentlich ganz klar sein müssen. Es gibt die Möglichkeit einzutragen, *Leichenauffindung* oder *Todeszeit*. Und dann muss man ja die Leichenschau machen, wenn die Todeszeichen vorgelegen haben. Ich habe es jetzt mehrmals gehabt, dass es dieselbe Uhrzeit war. Normalerweise hätte ich jetzt gedacht, wenn ich jetzt anrufe, sagt derjenige: „Ach, da habe ich mich vertan.“ Und dann sagen die: „Das haben wir so in unserer Fortbildung so gelernt“. Das muss doch sehr bezeichnend sein. Dann frage ich mich, was die da für Fortbildungen machen.

I: Verstehe ich das richtig, dass Sie das als Mangel an Fortbildung und an Wissen in der Ärzteschaft sehen?

AA1: Ich denke schon, dass am Anfang, wenn jetzt jemand neu in der Klinik ist, dass man da auch jedes Mal neu genau erklären müsste, wie so ein Schein ausgefüllt werden muss.

AA2: Ich habe aus meiner persönlichen Erfahrung im Krankenhaus als junge Assistentin auch noch die Erfahrung gemacht, dass mir vorgeschrieben wurde, von meinem Chef, dass ich nicht *ungeklärt* oder *unnatürlich* ankreuzen durfte, weil die Kripo dann ins Haus kommt und das war überhaupt nicht gern gesehen. Und dass wir genötigt wurden, tatsächlich *natürliche* Todesursachen zu bescheinigen, manchmal auch wider besseres Wissen.

I: Fallen Ihnen noch weitere Gründe für fehlerhafte Leichenschauen bzw. Todesbescheinigungen ein?

AA3: Was ich mir wünschen würde ist, dass leserlich geschrieben wird. Oft kann ich die Diagnosen im Kontext mir zusammenreimen. Oder was mir auch immer wieder auffällt sind Abkürzungen, die vielleicht in der Abteilung ganz geläufig sind, aber mir nicht so vertraut sind. Das würde ich mir anders wünschen.

AA1: Es gibt ja viele Abkürzungen, die sind halt so speziell, dass die in verschiedenen Bereichen verschiedene Bedeutungen haben. Und das ist auch nicht immer so, dass man an dem Stempel genau sehen kann, was für eine Fachabteilung das jetzt war. Das geht auch manchmal ein wenig durcheinander im Krankenhaus, welcher Stempel da drauf ist.

I: Fallen Ihnen noch weitere Gründe ein, dass Fehler gemacht werden?

AA4: Ich glaube, dass das Thema Tod auch viele ungern bearbeiten. Das gehört zwar zu unserem Job dazu, das ist ja bekannt, aber ich weiß auch von (...). Es gibt auch Studien darüber, dass Ärzte in Kliniken, wo Patienten wahrscheinlich versterben werden, weniger häufig das Zimmer betreten als bei Patienten, die wieder gesund werden. Es scheint auch eine Hemmschwelle da zu sein, glaube ich, mit dem Thema Tod umzugehen oder mit einer Leiche. Es ist auch sicherlich (...) man lernt es im Studium ja nicht wirklich. Ja gut, man präpariert, aber das ist trotzdem ein Thema, wo viele eine gewisse Furcht vor haben.

AA2: Das ist dann fachrichtungsabhängig wahrscheinlich.

AA4: Das sicherlich auch. Und ich glaube, dass da auch eine gewisse Hemmschwelle ist und dann vielleicht gerne schnell das Thema abgehakt ist. Könnte ich mir vorstellen.

AA1: Das glaube ich auch, dass das der entscheidende Unterschied [ist], wenn man im Studium präpariert, dann hat man denjenigen ja nicht als Lebenden gekannt.

AA4: Das ist schon was anderes. Finde ich auch. Und in meinem Studium wird das Thema Tod nicht wirklich besprochen. Wir hatten ein Semester Ethik, aber das war's dann auch. Ich weiß nicht, wie es jetzt mittlerweile ist im Studium, aber ich finde es wird wirklich nur sehr am Rande erwähnt. Und im Grunde genommen gehört es zu unserem Job eigentlich dazu oder zu dieser Ausbildung. Das ist die Geburt wie auch der Tod.

I: Fallen Ihnen im Krankenhaus-Setting besondere Konstellationen ein, bei denen es häufiger zu Fehlern kommt?

AA2: Bei operativen Fächern oder bei Fächern oder Leichen, die von der Intensivstation kommen, wird oft gar nicht erwähnt, dass die operiert worden sind. Und dann steht man davor. Dann steht *Maligne Herz-Rhythmusstörung* als Todesursache, kein Wort mehr und es klafft eine riesengroße OP-Wunde. Und da denkt man sich: „Meine Güte, was ist hier passiert?“

AA4: Mit Zugängen. Alles noch drin, alles noch dran an der Leiche.

I: Verstehe ich das richtig? Sie meinen einen Tod im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen, also wenn der Tod damit im Zusammenhang stehen könnte, es aber nicht klar deklariert ist, in der Todesbescheinigung?

AA2: Auch so offensichtliche Dinge, wie eine Operation. Dass es gar nicht erwähnt wird. Es geht ja nicht um irgendwelche Schuldzuweisungen oder so, einfach nur um die Anamnese des Patienten.

AA1: Das wird häufig nicht erwähnt. Und es wird häufig nicht erwähnt, dass derjenige sozusagen unter Reanimationsbedingungen vom Notarzt eingeliefert wurde und man entweder gar nichts darüber weiß, ob er jetzt zu Hause gestürzt ist oder so, oder man weiß es und hat es nicht geschrieben.

I: Lässt sich das dann häufig klären, wenn Sie in den Kliniken anrufen und nachfragen? Oder können Sie das oftmals telefonisch gar nicht klären?

AA3: Also ich ruf dann schon an und frage nach, was gewesen ist. Dann kriege ich oft auch eine Krankengeschichte erzählt. Und oft sagen sie: „Ich kenne die Patienten nicht oder nicht gut“, aber ich gucke in die Dokumentation und dann wird mir erzählt, was nacheinander so passiert ist, [und] wo man Teile auch gerne im Totenschein wiedergefunden hätte.

AA1: Aber in den allermeisten Fällen ist das ja dann auch befriedigend, finde ich. Kommt ja nur selten vor, dass man dann immer noch ein Todesermittlungsverfahren einleitet. Aber das Problem ist, die Leute zu erwischen, die haben dann dienstfrei; und dann den Namen so zu entziffern, dass jemand in der Klinik überhaupt sich vorstellen kann, welcher Arzt es gewesen sein kann (...).

I: Da gibt es also auch Probleme, die Leute dann überhaupt zu erreichen?

AA3: Vor allem, wenn es Menschen sind, die verstorben sind, in ihrer Wohnung beispielsweise. Und dann war jemand vom KV-Dienst da und da ist der Stempel des Praxisinhabers drunter, aber es ist nicht derjenige, der auch den Dienst übernommen hat. Und dann habe ich es auch schon gehabt, dass man nachfragt und dann sagt er: „Ich muss nachgucken, ich melde mich wieder“, dann meldet er sich nicht. Und dann sagt der Bestatter: „Aber wir wollen doch die Trauerfeier machen“. Dann gibt es noch mal Druck von der Seite.

AA2: Ich habe letztens ein Gespräch geführt, der hat gesagt, er versteht es gar nicht, dass der KV-Dienst überhaupt geholt wird, weil er als behandelnder Hausarzt sei ja viel näher dran und er könne es natürlich auch viel strukturierter aufschreiben. Sie hatte vorher auch gesagt, da gäbe es das Problem zwischen Dienst und Feierabend und Sachlichkeit. [Und] das sehe ich ganz im Gegenteil. Ich glaube, der Hausarzt ist oft derjenige, der guten Gewissens seine Patienten behandelt hat und auch absehen kann, warum derjenige gestorben ist. Da kommt nicht irgendeine Diagnose, die man sich aus dem Ärmel schüttelt, nur um was hinzuschreiben.

AA1: Der Hausarzt ist auch oft derjenige, der weiß, ob da eine liebevolle Pflege in der Familie stattgefunden hat oder ob das irgendwelche komischen Verhältnisse sind, wo man ja auch ein bisschen nachhaken müsste.

I: Heißt das, dass aus Ihrer Sicht der behandelnde Arzt auch der geeignete Arzt ist, um die Todesbescheinigung auszustellen und die Leichenschau durchzuführen?

AA1: Ich sag mal so, es gibt natürlich auch bei Hausärzten welche, die das nicht richtig ausfüllen und die ihr eigenes Problem vertuschen wollen. Das kann man nicht immer ausschließen, aber ich glaube nicht, dass das häufig ist. Oder?

AA2: Wir setzen jetzt mal voraus, dass alle vernünftige Ethik (...) mit bestem medizinischem Wissen und Gewissen ihre Patienten behandeln. Wenn das natürlich nicht der Fall ist, dann kann das schon zu Problemen führen.

I: Gibt es typische Probleme oder Fehler im hausärztlichen Bereich?

AA4: Diese Unleserlichkeit. Also, das ist mir immer mal wieder aufgefallen, dass man nichts lesen kann oder so gut wie nichts. Aber das haben wir in der Klinik auch.

AA1: Bei Hausärzten gibt es auch eine gewisse Verunsicherung, wie man die Todesursache beschreiben soll, bei ganz hochbetagten multimorbiden Menschen, die vielleicht auch Demenz haben (...) was jetzt genau die Todesursache war.

AA4: Altersschwäche.

AA1: Also je nachdem, für was sie sich dann entscheiden, ist es natürlich dann nicht sinnvoll, aber so eine richtig gute Lösung gibt es da vielleicht auch gar nicht [für].

AA2: Ist auch oft schwierig. Man hat ja selbst mal vor so einem Totenschein gesessen, ist oft auch schwierig, diese Kausalkette wirklich zu formulieren.

AA3: Der Hausarzt, der kennt dann die Vorerkrankung. Der weiß, was er alles an Medikamenten genommen hat und was sich vielleicht auch verschlechtert hat. Das wird mir manchmal so erzählt: „Ich bin da zum Hausbesuch gewesen und da konnte er kaum noch sprechen und die Angehörigen haben einen Tag später noch mal angerufen, und gesagt: *Er stöhnt, er hat Schmerzen.*“ Da bekommt man ein bisschen ein Gespür für das, was abgelaufen ist.

AA1: Was wir machen müssen, ist bestätigen, dass es ein natürlicher Tod war, keine Hinweise auf nicht natürlichen Tod gibt. Und das andere ist ja die Statistik, um herauszufinden, ob jetzt bestimmte Erkrankungen häufiger dazu führen, im Endstadium. Und ich glaube, dass wir diese Funktion nicht mehr wirklich gut wahrnehmen können. Das überfordert unsere Kapazitäten. Wir können hin und wieder nachfragen und darauf aufmerksam machen, dass die Todesursache, die da genannt ist, sehr wahrscheinlich nicht die passende Formulierung ist, aber das müsste dann an anderer Stelle notiert werden.

I: Also das heißt, die Todesursachenstatistik ist dadurch schwer zu führen?

AA1: Ja, ich denke, dass es, wenn man sich überlegt, wie viele Leute sterben an einer Pneumonie und wie viele davon haben eine richtige Virusgrippe gehabt? Oder bei Hitzetoten (...) woran sind die denn jetzt gestorben? Da wird ja dann auch anscheinend immer so eine Übersterblichkeit berechnet. Und was da für eine Todesursache dahintersteckt, das ist immer fraglich.

I: Gibt es Ihrer Erfahrung nach oftmals den Fall, dass die Todesursache sachlich wahrscheinlich nicht zutrifft, man aber dennoch keinen Grund hat, ein Todesermittlungsverfahren einzuleiten?

AA1: Es gibt Untersuchungen darüber, dass (...) auch wenn man sich größte Mühe [gibt], die Todesursache richtig anzugeben (...), dass bei einer Obduktion dann doch wieder etwas anderes dabei rauskommen würde. Und ich denke mal, man kann es so gut wie möglich versuchen, einzugrenzen und darauf aufmerksam zu machen, aber man kommt da nicht richtig zu einem Schluss. Wir müssen halt bescheinigen, ob es jetzt *natürlicher* oder *nicht natürlicher* war. Und das andere ist etwas, was man zusätzlich noch machen kann. Aber das ist auch ein bisschen unbefriedigend.

I: Kommt es manchmal auch dazu, dass Sie Ordnungswidrigkeiten anzeigen?

AA4: Ich hatte es noch nicht.

AA2: Ich auch nicht.

AA3: Ich habe mit mir mal gerungen, mich aber dagegen entschieden.

AA1: Ich habe schon mal Rücksprache gehalten, weil (...) dann auch im Telefonat gehört, dass dieser Arzt auch bei anderen Kollegen aufgefallen ist.

I: Können Sie das erklären, was das für ein Fall gewesen ist?

AA1: Ich muss gerade mal überlegen. Ich glaube, der hat einfach Hirntod als Todesursache geschrieben.

AA5: Die Thematik, wenn Sie nach Ordnungswidrigkeit fragen, also ein Owi-Verfahren tatsächlich rechtlich einleiten, nein, das hat es hier so noch nicht gegeben. Es hat bisher noch kein Verfahren von uns aus gegeben, das Ganze als Ordnungswidrigkeit rechtlich anzugehen. Das hat auch damit zu tun, dass letzten Endes dafür gar keine saubere Rechtsgrundlage besteht. Denn das Bestattungsgesetz Nordrhein-Westfalen fordert lediglich eine sorgfältige Erstellung der Todesbescheinigung. Was das aber im Einzelnen bedeutet, ist nirgendwo definiert. Der Vordruck der Todesbescheinigung hat an verschiedenen Stellen auch fast schon präformierte Mängel, was zum Beispiel den Sterbezeitpunkt usw. betrifft, so dass man da manchmal den Mangel sogar erkennt, aber eigentlich nicht einmal vorwerfbar machen kann. Natürlich schicken wir auch mal hin und wieder eine Todesbescheinigung zurück, wo es dann heißt: „Bitte schön, dass ist jetzt keine wirkliche Aussage“. Das ist aber selten, dass wir das an den Kollegen zurückvermitteln. Ansonsten haben wir keine Sanktionsmöglichkeit. Es wird immer seitens des Ministeriums behauptet, dass wir das Ganze ja ahnden könnten. Aber die wirkliche Grundlage, wenn wir jetzt unser Ordnungsamt auffordern würden, da mal ein Bußgeld von 500 Euro oder so zu verhängen und der Anwalt des Betroffenen käme und würde sagen: „Worauf beziehen Sie sich denn?“, dann würden wir uns ziemlich im Wischiwaschi bewegen. Das ist nicht sorgfältig genug bearbeitet.

AA2: Entschuldigung, was wir jetzt aber meinten, das sind diese erzieherischen Anrufe, die wir dann tätigen. Das sind dann nicht diese Ordnungswidrigkeiten, aber so, dass uns was aufstößt und wir denken: „Beim nächsten Mal möchten wir das eigentlich nicht mehr sehen, dass man dann anruft.“

I: Welche Fehler fallen Ihnen denn am häufigsten bei der Inaugenscheinnahme der Todesbescheinigungen auf?

AA5: Das sind formale Aspekte, wie gesagt, Stichwort *Todeszeitpunkt*, Unplausibilität zwischen der Uhrzeit der Leichenauffindung oder angeblichen Leichenauffindung, beziehungsweise *Feststellung nach Angaben von Dritten* und/oder das Datum und die Uhrzeit, die darunter stehen. Wann man denn dann die Leichenschau abgeschlossen hat als solches. Da ist aber die Bescheinigung als solches, der nordrheinwestfälische Vordruck, schon von vornherein mit gewissen Missverständlichkeiten belastet. Das wäre so einer der Aspekte. Reine Formalie auch, dass man nicht entziffern kann, wer eigentlich die Todesbescheinigung ausgestellt hat. Implausibilitäten, die sich aber rein administrativ ergeben, dass die Unterschrift nicht mit dem Stempel übereinstimmt. Das hat aber mit dem kassenärztlichen Abrechnungssystem von verkauften Bereitschaftsdiensten zu tun, was dann die Erreichbarkeit auch bei Rückfragen erheblich erschwert. Da sind wir alles noch beim nichtvertraulichen Teil. Im vertraulichen Teil natürlich von banalen Diagnosen, die keine Diagnose sind, über un plausible Todesursachenkaskaden, wenn denn überhaupt mal eine Kaskade als solches einigermaßen dargestellt worden ist. Selten, aber hin und wieder mal vorkommend, das nicht Übereinstimmen von *natürlichem Tod* und der Diagnostik, die dann eigentlich auf einen *nicht natürlichen* Tod oder ein Unfallgeschehen hinweist. Kommt hin und wieder vor, wo dann automatisch die Polizei eingeschaltet wird, nach Recherche. Nicht als Ordnungswidrigkeit, sondern polizeiliche Ermittlungen.

I: Heißt das, es gibt aus Ihrer Sicht auch einen beträchtlichen Anteil von Todesbescheinigungen, in denen die falsche Todesart klassifiziert wurde?

AA5: Nein, das wäre jetzt verkehrt. Es kommt gelegentlich vor, dass die Todesart falsch deklariert wird. Es gibt auch Fälle, in denen man drüber streiten kann, ob sie falsch deklariert wurde. Postoperativ ist das ganze *natürlich* oder *nicht natürlich* usw. (...) ist ja auch unter den Fachleuten strittig diskutiert.

I: Kommen wir zum Thema Notärzte und Notärztinnen. Sehen Sie bei der zweiten Leichenschau häufig Fälle, in denen der Notarzt die Leichenschau durchgeführt hat?

AA1: Häufig würde ich jetzt nicht sagen.

AA2: Gelegentlich, aber das ist dann schon so, dass das dann oftmals Bescheinigungen sind, die dann nicht so ganz ausführlich ausgefüllt worden sind. Ich erinnere mich da an eine Situation, einer alten Dame, die in ihrer Wohnung aufgefunden wurde. Und die hatte wohl ganz starke Diarrhoe und der ganze Leichnam (...) es war sehr schwer, sich da überhaupt irgendwas anzugucken. Und der hatte da auch nichts hingeschrieben, aber trotzdem angekreuzt *natürlich*. Es gab auch einen Fall, wo der Notarzt einen natürlichen Tod attestiert hat und das war ein Patient mit einer vorbekannten schweren Herzerkrankung. Der war in der Klinik gewesen und [hat] dann aber wohl zu Hause keine Medikamente genommen oder so. Aber diese Anamnese, die hatte der Notarzt schon ausführlich da reingeschrieben. Das schon, also ausführlicher als ich das jetzt erwartet hatte, aus der Erfahrung. Und als ich dann mit der Inspektion des Leichnams begonnen habe, habe ich eine große Wunde am Kopf gesehen. [Und] die war vom Notarzt nicht beschrieben. Da habe ich natürlich dann ein Todesermittlungsverfahren eingeleitet oder einleiten lassen und habe mich noch erkundigt. Es war wohl so, dass derjenige dann aus kardialer Ursache auf sein Metallbettgestell gefallen war. Aber das war für den Notarzt offenkundig offensichtlich, durch die Lage und so, aber er hat halt nichts da reingeschrieben. Das kann ich ja dann nicht wissen, ob der diese Wunde am Kopf, diese starke Wunde, überhaupt gesehen hatte.

I: Kommt das oft vor, dass am Leichnam Verletzungen zu sehen sind, die nicht in der Todesbescheinigung beschrieben sind?

AA4: Verletzungen nicht, aber Operationswunden.

AA3: Und gelegentlich auch Hämatome. Wenn man es am Kopf oder auch an den Gliedmaßen sieht, wo man sich wundert, wie das passieren konnte und dann auf Nachfragen auch gelegentlich erfährt (...) ja, die Frau hat den Mann vor der Toilette gefunden und er ist zusammengesackt und offensichtlich mit dem Kopf an die Heizung geschlagen. Aber das steht dann nicht mit im Totenschein drin.

I: Und wenn Sie dann nachfragen, sagen die Ärzte dann was dazu, warum sie das nicht vermerkt haben in der Todesbescheinigung? Wie reagieren sie?

AA2: Ach, es gibt unterschiedliche Reaktionen von „Vielen Dank, dass Sie mich darüber informiert haben, darüber habe ich mir noch nie Gedanken gemacht.“ bis zu, salopp gesagt: „Was wollen Sie eigentlich von mir?“

AA5: Auch gibt es die Schwierigkeit, an den richtigen Notarzt überhaupt wieder ranzukommen. Weil die Notärzte dann halt (...) gegebenenfalls steht sogar nur der Stempel Notarzt untendrunter (...) mit einem unidentifizierbaren Namenskürzel unterzeichnen. Und dann müsste man erstmal nachrecherchieren, wer eigentlich zu diesem Zeitpunkt auf welchem unserer Notarztwagen gefahren ist usw. Allein

der Rückgriff zum Gespräch ist nicht immer ganz einfach.

AA2: Auch in den KV-Diensten ist das das Gleiche, finde ich. Oft wissen die Praxen nicht, an wen sie den verkauft haben, weil das zentral geregelt wird. Und dann versucht man, über die Ärztekammer jemanden rauszubekommen; ruft dann nochmal in der KV-Praxis an und es meldet sich nie jemand. Kommt da wieder der Datenschutz. [Sie] dürfen natürlich nicht sagen, wer da gearbeitet hat; kann ich ja alles verstehen. Es meldet sich halt niemand.

I: Das heißt, in diesen Fällen ist es gar nicht möglich, denjenigen überhaupt zu erreichen?

AA5: Ansonsten haben sie das generelle qualitative Problem, dass der KV-Bereitschaftsdienst und/oder der notärztliche Dienst wenig aus der Vorgeschichte des Patienten kennen. (...) Wenn es nicht im Altenheim beispielsweise ist, wo es eine Pflegedokumentation gibt; und sie sich auch nicht die Mühe machen, das Ganze nachzurecherchieren, zu vervollständigen und sich darauf beschränken, mit einer manchmal nichtssagenden Diagnose oder einer vermuteten Diagnose und einer reinen Feststellung der Todesart, „kein Anhaltspunkt für nicht natürlichen Tod“, sich zufrieden zu geben. Was für den Schritt der Todesursachenermittlung vielleicht im ersten Moment reicht, aber zur Frage der Todesursachenstatistik natürlich völlig insuffizient ist.

I: Was denken Sie, woran das liegt, dass da nicht weiter nachgehakt wird von Seiten des ersten Leichenschauers?

AA5: Warum sollte er? Wer bezahlt das? Was ist das für ein Aufwand? Solange man die neue GOÄ noch nicht hat, die ja gerade noch in der Diskussion ist, und das separat vergütet wird, ist das nicht sanktionierbar, wie vorhin erwähnt. Es kann nicht erzwungen werden, es kann nicht verpflichtend werden. Es passiert nichts, wenn man es nicht macht, außer am ärztlichen Selbstverständnis. Und vor dem Hintergrund ist der Aufwand einfach groß. Die Ärzte, die dann Bereitschaftsdienst haben, die haben dann am nächsten Tag, wenn sie nicht frei haben, im Zweifelsfall Praxisanschlussdienst oder klinischen Anschlussdienst. Oder sonst irgendwas oder haben andere Patienten und nicht die Zeit, auch noch zu versuchen, irgendwo einen Hausarzt, der möglicherweise auch nicht mal bekannt ist, herauszubekommen, um nochmal nachzufragen, was derjenige denn noch an Grunderkrankungen hat.

I: Also einerseits zu hoher Aufwand und andererseits zu geringe Entschädigung?

AA5: Ganz bestimmt. Ja. Und dazu bei den Notärzten auch noch die klare nordrheinwestfälische Regelung „der Notarzt muss überhaupt nicht“, weil er ja im Zweifelsfall zu einem anderen Einsatz kommen müsste. Da gibt es auch landesweit ja sehr unterschiedliche, Streitige Verfahren zu. Hier in [Stadt] sieht es bisher nach meiner Erfahrung so aus, dass die meisten Notärzte zumindest den nicht vertraulichen Teil ausfüllen, aber sich meistens auch noch an den vertraulichen Teil begeben. Allerdings mit qualitativen Mängeln. Dass das möglicherweise unter der neuen GOÄ auch noch anders wird, ist zu hoffen.

AA3: Da habe ich noch zu ergänzen, dass man bei den Verstorbenen nach Notarzteinsatz oft noch ein Protokoll vom Notarzt beigeheftet hat.

I: Hilft Ihnen das weiter?

AA2: Habe ich auch noch nicht [gehabt].

AA4: Doch, hatte ich.

AA5: Also das Protokoll als solches gibt ja dann lediglich eine Aussage, was der Arzt in dieser Situation, in der Auffinde-Situation, möglicherweise auch noch notfallmedizinisch gemacht hat. Und unter welcher Verdachtsdiagnose er versucht hat, den Sterbeprozess als solchen zu erfassen oder aber auch nur dokumentiert hat: *Beim Eintreffen schon tot, keine weiteren Maßnahmen*. Im Grunde genommen ist es auch schon Ersatz für eine vorläufige Todesbescheinigung.

AA3: Oder auch ein bisschen was zum Hergang *alarmiert dann und dann*, wer angerufen hat oder was gemeldet worden ist. Dass man da so einen Hinweis hat.

AA1: In diesem Zusammenhang ist mir gerade etwas eingefallen, was jetzt eigentlich vom Thema her vorbei ist. Aber ich habe das mehrmals gehabt, bei Rückfragen beim Krankenhaus, dass die jungen Assistenzärzte erstaunt waren, dass ich nicht den Entlassungsbericht bekomme. Die haben halt gedacht, wenn ich den bekomme, dann weiß ich doch alles; dann muss man ja nicht so viel darein schreiben. Also ich weiß zwar nicht, wie die sich das vorstellen, dass ich den bekommen soll (...).

I: Dazu habe ich auch noch eine Frage. Wie schätzen Sie das Wissen der Ärzteschaft über die rechtlichen Hintergründe und das weitere Procedere ein, wenn sie einen natürlichen oder nicht natürlichen Todesfall bescheinigen? Und das Wissen zu Todesermittlungsverfahren?

AA5: Im Durchschnitt oder differenziert?

I: Differenziert.

AA5: Assistenzärzte im Krankenhaus schlecht. Oberärzte im Krankenhaus naja, doch meistens einigermaßen. Niedergelassene Ärzte gemischt. Wenn viel Erfahrung als Heimarzt usw. [vorhanden ist], ein bisschen besser. Wenn [man] zum Bereitschaftsdienst verpflichtet und ansonsten wenig mit Dauerkranken zu tun [hat], schlecht. Was Notärzte betrifft, schlecht. Was Palliativmediziner betrifft, gut. Deshalb muss man ein bisschen sortieren.

I: Wenn man es plakativ formulieren würde, könnte man sagen, dass viele Ärzte, z. B. Assistenzärzte im Krankenhaus, nicht wissen, was nach der Bescheinigung des Todes weiter passiert?

AA5: Je jünger, desto schlechter, ja. Also, einfach nach Berufserfahrung. Je älter und je intensiver, mit hausärztlich dauerbetreuender Funktion chronisch Kranker oder Klinikarzt eher [im] internistischen Bereich, also eher konservativen Bereich, desto besser.

I: Wie schätzen Sie das Wissen der Ärzteschaft ein zu Thanatologie, also z.B. zu Todeszeichen? Es handelt sich ja um grundlegendes ärztliches Wissen. Sehen Sie das diesbezügliche Wissen in der Ärzteschaft als ausreichend an?

AA5: Ich glaube, die Frage stellt sich auch nicht. Man kann sie nicht so beantworten, weil natürlich auch die Frage (...) wir haben ja das Notarztprotokoll besprochen. Also, wenn der Notarzt feststellt: „Ich mache hier nichts mehr, ich stelle den Tod fest“, dann erwartet er auch nicht Formalia, *sonstige sichere Todeskennzeichen* und so weiter, obwohl er die natürlich wahrscheinlich kennt. Auch das ist einer der Punkte, wo man in vielen Fällen an der Richtigkeit der Aussagen und so weiter zweifeln kann. Ich glaube, das muss man wirklich darauf beschränken. Gelernt haben müssten sie es alle und wahrscheinlich auch definieren: *Was sind Totenflecken und wodurch entstehen sie?* Und vielleicht auch noch ein bisschen Zeitfenster dazu. Und das muss man wahrscheinlich eigentlich voraussetzen. Aber das jetzt als *Wie tief ist das Wissen?* kann man nicht richtig beantworten.

I: Hatten Sie nicht gesagt, dass häufig die Todeszeit und die vermerkten Todeszeichen nicht zueinander passen?

AA5: Nein, leider nicht. Die Todeszeichen und die Todeszeit (...) ja, da gibt es auch Unstimmigkeiten. Aber vor allen Dingen die Frage *wann*. Was wird angegeben in dem oberen Bereich, von wegen *Feststellung des Todes, Todeszeitpunkt nach Angaben Dritter oder nach eigener Feststellung* und so weiter. Das ist als solches so schlecht formuliert, dass das widersprüchlich sein kann. Das müsste man dann an einzelnen Beispielen aufzählen und wiederum die Feststellung des Todes und dann die Uhrzeit, wann der Tod bescheinigt wird; wenn dann eine Uhrzeit dazu angegeben wird.

I: Dann kommen wir zu einem anderen Thema. Wie sieht es bei Ihnen persönlich aus, wenn Sie Leichenschauen durchführen. Was haben Sie dabei für Probleme?

AA4: Also ich hatte wenige, ganz wenige, wirklich. Ich hatte zwei Säuglinge, die haben mir zugesetzt, muss ich gestehen. Aber da war es auch wieder so, dass ich das Gefühl hatte, die würden schlafen. Also die sahen jetzt nicht so entstellt aus, wie andere, erwachsene Leichen. Aber ich hatte jetzt die letzte, die ich hatte in Velbert, da habe ich mich so geekelt. Ich konnte den auch nicht anfassen. Sobald wir den anfassten, platzte die ganze Haut auf und es roch (...), dass ich das Gefühl hatte, ich erstickte in diesem Raum. Ich war auch nicht in der Lage, den zu drehen, weil sobald man (...) die ganze Haut riss man quasi förmlich mit ab. [Und] der war grün und blau, der sah aus wie eine Wasserleiche und hat erbärmlich gerochen. Also das war wirklich das erste Mal. Und ich habe wirklich viele Leichen gesehen, wo ich gedacht habe: „Puh“. Also, das ging mir nach. Auf dem Nachhauseweg kam der Geruch immer noch in meine Nase. Und auch dieses Bild der Leiche, aber das hatte ich nicht oft. Also die Säuglinge, die haben mir zugesetzt und dieser eine Verstorbene.

I: Das sind also typische Aspekte, einerseits Ekel und andererseits auch Betroffenheit?

AA4: Betroffenheit bei den Säuglingen auf jeden Fall. Vor allem auch für die Mütter. Das setzt einem als Mutter auch immer sehr zu, wenn man so etwas sieht.

AA1: Genau die beiden Beispiele hätte ich auch so gewählt. Weil es gibt schon teilweise Zustände, wo man einfach auch (...)

AA4: Emotional?

AA1: Ja, das auch, aber ich meine auch, wo es halt sehr ekelerregend wird, das stimmt schon. Und das, was du gesagt hast, dass die so wie schlafend wirkten. Das war auch bei Frühgeburten, bei Frühchen so; und das war irgendwie, ja, das war schon wieder eigentlich, (...) das war nicht ganz so schrecklich, irgendwie.

AA2: Und die persönliche Betroffenheit möchte ich noch ergänzen. Wenn man denjenigen lebend gekannt hat. Also nicht persönlich, aber z. B. wenn jemand ins Stadtbild gehört. Man sieht denjenigen dann da in einer anderen Position, da muss man schon mal ein bisschen Professionalität voranschicken und sich von seinen persönlichen Gefühlen so ein bisschen zurücknehmen. Das ist schon auch wichtig.

AA3: Und vielleicht, wenn man jemanden hat, ungefähr im selben Alter in der Umgebung. Ich kann mich erinnern, ich habe das einmal gehabt, dass der Boden unter mir Wellen bekam und das war, wo ich einen Jugendlichen gesehen habe, schätzungsweise so im Alter meiner Kinder. Das war nicht schlimm anzugucken, aber das hat mich sehr betroffen gemacht.

AA1: Ich hatte eine Zeit lang meine Schwiegermutter, die hatte sehr lange bei uns gelebt und war pflegebedürftig und ist dann so nach einer Woche verstorben bei uns zu Hause. Wir waren dabei, und danach hatte ich auch Schwierigkeiten. Es hat ein bisschen gedauert, ich habe es natürlich gemacht, aber das habe ich schon gemerkt, ganz deutlich.

AA5: Also ich hatte mehrere Situationen gehabt. Das waren dann eben auch Leichen, die schon zum Teil länger lagen oder mal eine Bahnleiche, wo tatsächlich nur Teile waren. Und dann zu prüfen, ob die Reste des Gesichts irgendwo in der Masse zu finden sind und mit dem Personalausweisbild übereinstimmen, das ist schon ein bisschen, wo man schlucken muss. Ansonsten, das was Sie beschrieben haben, die Sondersituation, dass wir dazu gerufen werden, weil die Polizei oder das Ordnungsamt irgendwo einen schon mehrere Tage Toten findet (...) und dann der Tod ja nur pro Forma festgestellt werden muss, dass derjenige tot ist, ist überhaupt gar keine Frage. Und [ein] Ermittlungsverfahren von der Polizei läuft sowieso schon in einem solchen Fall, gehen wir jedenfalls mal davon aus, wegen der unklaren Situation. Wo man also gar nicht, sag ich mal, den Aufwand

jedenfalls nicht in der ad hoc-Situation, den einer *Leichenuntersuchung zur Feststellung der Todesursache* im Detail machen kann. Was sowieso zu der Gerichtsmedizin oder sowas gehört. [Das] ist eigentlich ein Punkt, der wäre auch durch die Modifikation des Verfahrens oder sowas aufzufangen. Aber letzten Endes kommt es gerade bei uns als Amtsärzten natürlich zu solchen Situationen. Wahrscheinlich weniger beim Notarzt, bei einer 14 Tage alten Leiche wird kein Notarzt mehr gerufen, würde ich mal unterstellen. Da sucht das Ordnungsamt oder die Polizei dann eben bei uns nach und fragt. Und dass das kein hübsches Bild ist, das ist klar.

I: Das heißt, das sind hauptsächlich Leichen, die fäulnisverändert sind oder z.B. Bahnleichen, die stark entstellt sind?

AA5: Richtig. Dass wir als Amtsärzte sozusagen ergänzend gerufen werden oder behelfsweise gerufen werden zu Sonderfällen von eindeutig schon Toten, ist wohl eher eine Rarität. Deswegen sind wir bei der ersten Leichenschau eigentlich gar nicht tangiert. Das können wir immer nur beobachten aus den Todesbescheinigungen nach der zweiten Leichenschau, also aus der kritischen Distanz.

AA1: Ich wollte noch was ergänzen. Also ich hatte z.B. aber einen Fall bei einer ersten Leichenschau, da war der Verstorbene von der Toilette auf den Badewannenrand gekippt. Und der war jetzt sozusagen auch so fest durch die Leichenstarre auf der Badewanne, dass man da auch gar nichts machen konnte. Also auch gar nichts weiter mir anschauen. Und dann diese Sache, die ich am Anfang erzählt hatte, dass da, in einem völlig vermüllten Haus, dann Schädel und andere Teile zu sehen sind, da bin ich im Auto gesessen und habe überlegt: „Was kreuze ich jetzt überhaupt an? Ich weiß weder, ob derjenige zu dem Haus dazugehört. Ich weiß nicht mal, ob es mehrere Personen sind, weil der Müll ja dazwischen war. Vielleicht war der Schädel von jemand anderem als der Rest.“ Da konnte ich ja auch gar nicht richtig ankreuzen. Aber das sind Sachen, wo man dann irgendwie denkt: „Ja, ich würde gerne.“ Also ich habe es dann geschafft, nachher noch eine Information zu bekommen, was das war. Das war eine alte Frau, die halt da erfroren ist. Also nach der Obduktion hat sich das irgendwie so herausgestellt. Aber was ich halt manchmal besser finden würde, wenn man irgendwie leichter dann, wenn so ein besonderer Fall ist, von der Polizei noch mal hören würde, was jetzt genau dahintersteckt.

I: Würden Ihnen das also helfen, wenn Sie nach einer, wie auch immer, ersten oder zweiten Leichenschau eine Rückmeldung kriegen würden?

AA3: Ja.

AA4: Ja.

AA5: Aber vielleicht noch mal zu dieser Thematik *erste Leichenschau*. Da müsste es normalerweise eigentlich genügen, vor Ort festzustellen: „Derjenige ist tot und die Todesursache als solche ist nicht zu klären.“ Auch ohne eine große Leichenschau durchzuführen. Das ist automatisch eine Angelegenheit, wo eine Obduktion durchzuführen ist und wo eigentlich ein gerichtsmedizinisches Institut beigezogen werden müsste.

I: Sie meinen jetzt, in den Fällen, in denen Sie zur ersten Leichenschau gerufen werden, ist das so?

AA5: Richtig, richtig, richtig. Also ich meine nicht die erste Leichenschau bei im Altenheim Verstorbenen. Ich spreche jetzt von unseren Fällen und so weiter. Und da noch zu gucken, ob der Kopf zur Leiche gehört oder passt oder wie auch immer. Das ist, Entschuldigung, nicht unsere Aufgabe als Amtsärzte.

I: Jetzt soll es um die Lösungsansätze gehen. Was denken Sie, würde die Bereitschaft der Ärzte fördern, die Leichenschau ordentlich durchzuführen und die Todesbescheinigungen ordentlich auszufüllen?

AA2: Anleitung. Anleitung für die Klinikärzte vor allen Dingen. Dass sie wissen, was sie da tun. Dass sie aufgeklärt werden, dass sie geschult werden, dass sie sich mit dem Thema überhaupt auseinandersetzen, nicht ins kalte Wasser geworfen werden oder *learning by doing* machen. Und das mitten in der Nacht, allein, und kriegen da keine Rückmeldung. Und so machen sie es halt so, wie sie es immer gemacht haben. Hat ja immer gut gegangen.

AA1: Das ist auch ein Stichwort. Man hat ja manchmal sehr unangenehme Reaktionen. Aber ich finde, auch oft von den jungen Leuten, wenn die sich über das Feedback freuen.

AA4: Dankbar so ein bisschen. Habe ich auch erlebt. Vielleicht sollte das auch in der Klinik extra bezahlt werden. Damit man es gründlicher macht, wenn man weiß, dafür kriege ich jetzt 50 Euro mehr oder so. Und dann macht man es vielleicht mit mehr Geduld und Mühe.

AA5: Da sind wir beim Thema Geld, was im Zweifelsfall ein ganz starkes Argument ist. Wie das in der Klinik läuft und inwieweit die Klinik das Geld einkassiert (...). Oder derjenige, der sich dann den Aufwand macht, in seiner Dienstzeit oder als Nebentätigkeit, dann da eingebunden ist, könnte eine Rolle spielen. Aber ich würde jedenfalls beitreten. Aus- und Weiterbildung, Fortbildung spielen eine ganz große Rolle. Denn was Hänchen nicht lernt in der Klinik, lernt Hans hinterher in der Praxis auch nicht mehr.

AA4: Und im Studium sieht man keine Leichen, bis auf den Präparierkurs.

AA5: Füllt man auch keine Todesbescheinigung aus.

AA4: Nein, eben.

AA5: Übungsweise vielleicht.

AA4: Man weiß es nicht.

AA1: Das ist ja schon eigenartig, dass die Krankenkassen das nicht mehr (...) also, dass das nicht mehr dazu gehört. Also eigentlich war das ja bis vor einiger Zeit anscheinend so. Und wenn jetzt gesagt wird: „Sobald derjenige tot ist, interessiert uns das alles nicht mehr“. Also es ist ja auch ein Signal, sage ich mal, an die Ärztepflcht gewesen. Dass die Krankenkassen gesagt haben, das hat mit dem Leben nichts mehr zu tun. Aber das ist ja eigentlich der letzte Schritt, dass das noch bescheinigt wird.

AA5: Ja, das ist schon immer in der GOÄ enthalten. Und es ist eine Angelegenheit, die als ärztliche Aufgabe definiert ist, die aber nicht mit der kurativmedizinischen Versorgung zugeordnet wird. Die Behandlung hört in dem Moment auf, wo das Leben erloschen ist.

AA1: Die Angehörigen müssen es ja (...)

AA5: Und deswegen müssen es die Angehörigen, die Erben, müssen es bezahlen. Weil es zivilrechtlich vorgeschrieben ist, aber nicht kurativmedizinisch ist.

I: Würde es helfen, wenn die klassische kurative Tätigkeit und die medizinisch-sachverständige Tätigkeit bei der Leichenschau nicht so klar getrennt wären?

AA5: Ich glaube, das ist keinem bewusst, diese Unterscheidung, wozu das gehört. Das spielt nur abrechnungstechnisch eine Rolle. Inwieweit man im Rahmen einer Fortbildung auch den ethischen Aspekt (...) inwieweit hat hier die Rolle des Arztes auch einen letzten Dienst an dem Verstorbenen über das kurativmedizinische hinaus zu leisten? Das gehört sicherlich so in eine Fortbildungsmaßnahme auch noch mit hinein. Nicht nur „Wie füll ich die Todesbescheinigung aus?“, sondern auch: „Warum mache ich das?“

AA3: Aber, wenn ich mir vorstelle, dass Ärzte von ihrem Chef Druck bekommen, wenn sie das Kreuzchen bei *ungeklärt* machen, müsste sich ja da auch was ändern. Dass es eher als wertvoll angesehen wird, wenn das geklärt wird, woran ist derjenige jetzt verstorben. Aber wenn die Polizei im Krankenhaus Angst macht und wo ein Signal ist: *Hier sterben Menschen, die werden schlecht behandelt*, dann passt das auch nicht gut zusammen.

AA5: Also, im Rahmen der medizinalaufsichtlichen Kontakte mit den Krankenhäusern haben wir immer betont, gegenüber den Krankenhausbetriebsleitungen, dass es fatal ist, sozusagen Bescheinigungen dann zu faken und nicht auch mal zu bestimmen und zu sagen *ist ungeklärt*. Weil die Transparenz sozusagen *ungeklärt*, muss geklärt werden, besser ist für das Image, als hinterher einen Skandal zu erleben. Aber ob das immer und überall so durchdringt, ist die Frage.

AA2: Also ich hatte beide Aspekte. Ich hatte vorhin gesagt, mein Chef hat uns verboten, das Kreuz bei *ungeklärt* zu machen. Und ich hatte mal bei jemanden Rücksprache gehalten, der hat gesagt, er wäre selbst ein „chefarztgebranntes Kind“. Der hätte selbst mal schlechte Erfahrung gemacht und er würde seine Assistenten wirklich versuchen [dazu] zu bringen, dass sie sich Gedanken machen, wo das Kreuz hingehört. Und dass er das mit denen auch ganz transparent besprechen würde. Und das habe ich so selten erlebt, muss ich sagen. Also sehr viel persönliche Erfahrung des Anleitenden ist sicherlich ein Grund.

AA5: Ich kann mir aber sicherlich auch vorstellen, dass der Aspekt ungeklärt im Rahmen der Krankenhausbehandlung gerade bei der Frage *postoperativ* oder *nicht operativ* und so weiter, dass es da auch ein gewisses Konfliktthema ist, aber eigentlich gar nicht so oft vorkommen dürfte. Weil im Zweifelsfall geklärt müsste es in jedem Fall sein. Und sei es halt eben die Definition *nicht natürlich*, weil trotz Operation und trotz vielleicht [eines] nicht erwarteten Ereignisses, das eingetreten ist.

AA2: Ich glaube, ganz oft ist es das Problem, dass die Leute immer *natürlichen Tod* oder *Mord* [denken], sage ich jetzt mal, also *ungeklärt* oder *nicht natürlich* heißt ja nicht, dass da jemand Schuld daran hat.

I: Sie meinen die Verknüpfung mit der Schuldfrage?

AA2: Genau.

AA5: Der Punkt ist entscheidend.

I: Das heißt, wenn dieses Wissen in der Ärzteschaft besser verbreitet wäre, dass *nicht natürlich* nicht gleich immer bedeutet, jemand hat Schuld, dann würde das dazu führen, die Todesart in mehr Fällen richtig klassifiziert würde?

AA2: Ich denke schon, dass da die Angst auch dahintersteckt.

AA5: Hat aber trotzdem die Konsequenz, dass ja bei *nicht natürlich* dann trotzdem die Polizei eingeschaltet werden muss, weil die dann wiederum auf die Aufgabe hat zu klären, ob es denn eine schuldhaft Verursachung gibt oder nicht. Auch die Polizei kommt ja dann aus dieser Situation nicht heraus und muss zumindest erste Ermittlungen anstellen. Die dann ja oft genug in die Richtung laufen, dass die Staatsanwaltschaft das Verfahren einstellt, weil sich keine Anhaltspunkte für ein Verschulden ergeben haben. Das wird aber ja oft nicht bekannt.

I: Fällt Ihnen noch irgendwas ein, was die Bereitschaft der Ärzteschaft fördern würde, die Leichenschau sorgfältig und ordentlich durchzuführen oder etwas, was die Fähigkeiten verbessern würde?

AA5: Ich glaube, das Thema der Bezahlung haben wir ja angesprochen. Die neue *Gebührenordnung Ärzte* ist ja in der Entwicklung, in dem Genehmigungsverfahren. Ich glaube, durch die Einführung

dieser Differenzierung, die sich jetzt auch in den unterschiedlichen Positionen versteckt: Erstens, ein Ansatzpunkt wirkt auch für die Ärztekammern, dass man mal erläutert zu kommunizieren. Zweitens, dass es auch im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen möglicherweise irgendwo auftaucht und natürlich auch in dem Nachlesen und dem Versuchen zu verstehen: „Wann darf ich denn welche Position abrechnen?“. Übrigens auch bei den Notärzten, die darüber wenigstens die vorläufige abrechnen können. Dass das darüber etwas mehr an Verständnis bringt. Und uns eventuell argumentativ (...): Wenn da ein Zeitaufwand von im Schnitt einer Stunde für *die Durchführung einer umfangreichen Leichenschau einschließlich Ermittlungen zu der Todesursache durch Rücksprache beim behandelnden Arzt usw. angerechnet wird*, und dann wird uns da ein hingeschmierter Zettel geliefert, dann könnte man über die Frage *Ist das Betrug, in dem eine solche Position abgerechnet worden ist?* schon einen anderen Knebel - scherzhaft - ansetzen. Das ist keine Ordnungswidrigkeit, aber Betrug, dafür so eine Gebühr abzurechnen.

I: Das heißt, das würde die Sanktionsmöglichkeiten erhöhen?

AA5: Eine indirekte Sanktion.

I: Es gibt ja das System eines professionellen Leichenschauarztes. Denken Sie, das würde die Qualität der Leichenschau verbessern und wäre das aus Ihrer Sicht realistisch?

AA5: Qualitativ enorm verbessern, realistisch nein, weil keiner da ist, der es bezahlt und keine Struktur, die es machen kann.

AA2: Vielleicht auch keiner, der es machen möchte. Denn es gibt ja genug andere ärztliche Stellen.

AA5: Ja, ich meine, das könnten wir jetzt für die ganze Branche der Pathologen und Rechtsmediziner definieren.

AA2: Ja, aber ich finde, es ist noch ein Unterschied, ob man so das Gefühl hat, man kann nach wichtigen Sachen suchen. Oder man hat auch andere Tätigkeiten in der Rechtsmedizin, irgendwie Gewaltopfer oder so. Oder man macht wirklich nur diese Sache, nur die zweite Leichenschau.

AA5: Jetzt bewegen Sie sich auf glattem Eis. Weil mit gleicher Argumentation gibt es auch Kolleginnen und Kollegen, die sagen: „Wie kann man denn als Amtsarzt tätig sein, ohne im weißen Kittel tätig sein zu wollen?“ Also ich glaube, die Entfaltungsmöglichkeit dieser Tätigkeit ist relativ breit.

AA2: Wobei zu diesem Thema mir der Palliativdienst einfällt. Wir haben ja vorhin festgestellt, dass die qualitativ die Totenscheine ganz anders ausfüllen. Die haben sich natürlich anders mit der Krankengeschichte des Lebenden auseinandergesetzt und so ein Coroner, kann ich mir vorstellen, würde sich auch anders mit der Lebens- und Sterbegeschichte des Verstorbenen auseinandersetzen. Und dann könnte die Ausfüllung des Totenscheins qualitativ schon besser werden. Sage ich jetzt einfach mal so, aufgrund dieser Erfahrung. Ob das tatsächlich so wäre und ob das jemand machen wollen würde, mit so viel Aufwand, weiß ich nicht.

AA5: Man kann es eigentlich abstrahieren. Wenn jemand da wäre, egal wer, der Zeit und Aufwand dazu hat und betreibt, um die Krankengeschichte des Betroffenen zu recherchieren und das im Detail zusammenzufassen, würde das die Qualität erheblich verbessern, ganz automatisch. Und das haben wir jetzt in den seltenen Fällen, wenn im klinischen Bereich die Krankengeschichte klar ist oder wenn ein Hausarzt die Krankengeschichte seines Patienten kennt und zur Leichenschau des endlich Verstorbenen usw. hinzugezogen wird. Und genau die anderen Fälle, der ärztliche Kassenarzt-Dienst und der Notarzt sind genau die, die da nicht reinfallen.

AA1: Aber es scheint doch auch in den Niederlanden und Großbritannien so zu funktionieren, oder?

AA5: Da muss ich mal hinterfragen, wer bezahlt das denn eigentlich? Bei wem sind die beschäftigt und wer hat die entsprechenden Stellen?

AA1: Aber nicht von der Finanzierung her gedacht, sondern von dem, was man erreichen will. Also, das ist doch anscheinend dort erreicht worden, oder? Dass die Todesursachenstatistik besser ist.

I: Eine Lösungsmöglichkeit wäre, dass man eine Art Indikationskatalog für ungeklärte, nicht natürliche und natürliche Todesfälle erstellt. Was halten Sie davon, für wie umsetzbar halten Sie das und für wie hilfreich?

AA3: Ich habe das jetzt nicht ganz verstanden. Dass man vorab schon vom Behandler oder vom letzten, der mit dem Lebenden zu tun hat, sagt, dass wenn der jetzt stirbt, dann ist es eher *ungeklärt*, oder?

I: Ich erkläre es noch mal genauer. Also, wenn ich z.B. der Hausarzt im kassenärztlichen Notdienst bin, der vor Ort ist und den Todesfall sieht. Und dann sehe beispielsweise ich, derjenige hat ein Hämatom an der Stirn und ich kann vor Ort nicht herausfinden, woran das liegt. Dass das dann eine Indikation ist, zu sagen: „Ich habe Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod.“ Oder zum Beispiel, wenn jemand im Rahmen einer Operation verstorben ist, dass man dann einen *nicht natürlichen Tod* ankreuzen muss. So ist das gemeint. Sozusagen, dass es genau umschriebene Fälle gibt, wann ein *natürlicher Tod* zu bescheinigen ist, wann ein *nicht natürlicher Tod* und wann ein *ungeklärter*.

AA5: Also Fallkonstellationen, an denen man sich sozusagen orientieren kann.

I: Genau.

AA5: Finde ich nicht schlecht.

AA4: Finde ich persönlich, glaube ich, hilfreich.

AA1: Ja.

I: Würde Ihnen das auch helfen, bei der zweiten Leichenschau, das einzuordnen?

AA3: Dann müsste das im Grunde schon geklärt sein. Wenn ich jemanden mit einem Hämatom sehe, dann müsste ich ja die Information bekommen, vielleicht zugelegt, zugefügt zu dem Totenschein, was dahintersteckt, was für Ermittlungen schon gelaufen sind, und was herausgekommen ist.

AA4: Das würde unsere Arbeit erleichtern.

I: Und Sie denken auch, dass es bei der ersten Leichenschau helfen würde oder wäre das zu vage?

AA4: Dieser Katalog? Ich dachte gerade, der wäre für die erste Leichenschau gedacht.

AA1: Wenn er bei der ersten Leichenschau demjenigen vorliegen würde, dann hätten wir sozusagen nicht das Problem, dass wir dazu nacharbeiten müssen.

AA4: Ja, richtig.

AA5: Also, für die erste Leichenschau (...) im Rahmen der Weiterbildung wäre so etwas wichtig. Typische Fallkonstellationen zu generieren, zu sagen: „Guck mal, wenn das so und so und so ist, dann gilt (...)“. Und was ist mit dem kachektischen Patienten, der mehr und mehr Gewicht verloren hat, aber kein Mensch weiß, was die Grunderkrankung ist. Ist der jetzt *natürlich* oder *nicht natürlich* verstorben, wenn irgendwann mal die Pumpe ausgesetzt hat und so weiter? Also solche typischen Fälle zu beschreiben. Die gehören aber in ein Weiterbildungskonzept oder eben auch in ein FAQ-

System, wo man sich nochmal orientieren kann. Wo man gucken kann: *Wenn das so ist, wie ist das einzustufen?*

AA1: Wenn es das im Internet geben würde (...)

AA4: Oder [als] Kitteltaschenhandbuch: Einmal raus und dann gucken wir mal. So etwas, was man dabei hat.

AA3: Was ist mit Patienten oder mit den Verstorbenen, die massiv durchgelegen waren? Wo man den Eindruck hat, die sind einfach ganz schlecht gepflegt worden. Das ist ja auch so ein Punkt.

AA1: Ich denke mal, der Vorteil von dem Coroner-System wäre auch wahrscheinlich auch, dass derjenige halt einfach mehr Fälle von bestimmten Heimen sieht und dann erkennen kann, dass in einem bestimmten Heim das viel häufiger vorkommt.

I: Jetzt hatten Sie gerade den Dekubitus angesprochen und den Verdacht auf Pflegemangel. Wie sehen Sie das aus Ihrer persönlichen und fachlichen Einschätzung? Bei jemandem, der einen sehr tiefen Dekubitus hat, dritten oder vierten Grades, sollte man da grundsätzlich den Verdacht auf einen zumindest *ungeklärten* bzw. Verdacht auf *nicht natürlichen* Tod stellen? Oder gibt es da auch Situationen, wo Sie sagen würden: „Unter diesen Umständen war das eher krankheitsbedingt“?

AA5: Das ist letzten Endes ein Punkt, den wir abschließend nicht klären können, weil um das einzustufen zu können, braucht man eigentlich eine nähere Erkenntnis zu den Umständen. Wer ist verantwortlich gewesen? Wer ist Pflegeperson gewesen? Wann hat derjenige, denjenigen zuletzt gesehen? Medizinisch gesehen ist klar, dass also selbst unter optimaler Pflege bei einer zunehmenden Kachexie man einen nicht mehr beherrschbaren Dekubitus oder so etwas bekommt, was nie (...), was unter solchen Umständen nicht als Pflegemangel zu definieren ist.

I: Dann muss ich die Frage nochmal genauer formulieren. Sollte der erste Leichenschauer das prinzipiell als *ungeklärten Todesfall* oder sogar *nicht natürlichen Todesfall* werten oder, wenn er die entsprechenden Informationen hat, können das auch *natürliche Todesfälle* sein?

AA1: Wenn also jetzt jemand vom Palliativdienst die ganze Vorgeschichte kennt, warum es zu dem Dekubitus gekommen ist (...).

AA5: Kein Automatismus. Fall-zu-Fall-Entscheidung.

I: Wie ist das bei einer Aspirationspneumonie? Sollte die unter allen Umständen als *nicht natürlicher Tod* gewertet werden?

AA2: Mich stört dieses *unter allen Umständen*, ehrlich gesagt.

AA5: Wenn da als zweite Diagnose *fortgeschrittene Demenz mit Schluckstörung* usw. steht, nein. Wenn eine Aspirationspneumonie im Rahmen einer intensivmedizinischen Versorgung bei ansonsten jungem Unfallverletzten steht, würde ich sagen, ja.

I: Wie ist das bei einem Tod im Rahmen oder ganz kurz nach einer medizinischen Behandlung, z.B. einer Dialyse oder im Falle einer Operation? Sollte da, wenn es nicht ganz klar ist, woran derjenige gestorben ist, immer zu einem *nicht natürlichen* Tod tendiert werden?

AA5: [Hier] gilt das Gleiche. Es kommt auf die Umstände an. Denn die Tatsache, dass die Operation nur das letzte Mittel war, um zu versuchen, kurativmedizinisch tätig zu werden, das aber mit erwartetem Risiko nicht gelungen ist, ist es mit Sicherheit kein *nicht natürlicher* Tod. Dagegen, ich habe einen persönlichen Fall in der Familie mit Palacosembolie im Rahmen einer Hüftendoprothese. Das ist mit Sicherheit ein *nicht natürlicher* Tod. Auch wenn das sicherlich statistisch gesehen ein gewisses Risiko hat, aber als solches näher zu betrachten wäre. Man kann auch nicht automatisch

sagen, nur weil medizinisch kurativ eingreifende Maßnahmen vorausgegangen sind, muss es automatisch erstmal als *nicht natürlich* betrachtet werden. Ich denke, wir müssen es im Zweifelsfall erstmal als *nicht natürlich* bedenken. Aber man kann sich schon dafür entscheiden, zu sagen: „Das erscheint mir plausibel und im Zusammenhang“. Und nicht nur bei uns, sondern gegebenenfalls auch bei dem, der die erste Leichenschau macht. Geht bis zu der Frage im Krankenhaus. Ich sage mal, die Krankenhauskollegen, die dann eben, wenn sie es souverän handhaben, durchaus unterscheiden können sollten: „Wann ist das etwas, wo ich Mut habe und sage, es ist *nicht natürlich*?“ Und das trage ich auch als verantwortliches Krankenhaus nach draußen. Das mache ich auch transparent. Und wo kann ich auch dazu stehen und sagen: „Nein also, selbst wenn der Staatsanwalt jetzt käme, weil irgendjemand den Verdacht hat.“ Entschuldigung, das ist so was von klar: Da kann ich mit gutem Gewissen auch *natürlich* ankreuzen. Auch, wenn irgendein Ignorant kommt und sagt: „Der hat bei der Operation was falsch gemacht.“

I: Ok. Haben Sie noch etwas hinzuzufügen?

AA3: Ich denke, Ziel sollte es sein, herauszufinden, war es jetzt *natürlich* oder war es *nicht natürlich*. Nicht, weil man jemanden die Schuld anhängt, sondern weil es ja möglicherweise so sein kann, dass man aus irgendwelchen Verläufen, dann auch für die Zukunft lernen kann. Wenn, sag ich mal jetzt so, gemauert wird und immer *natürlich* angekreuzt wird, wird diese Möglichkeit ja gar nicht eröffnet. Ich kenne das in anderen Zusammenhängen, dass man sagt: „Wunderbar! Es landet vor Gericht, dann kriegen wir endlich mal Klarheit.“ Also diese Klarheit bekommen.

I: Das würde helfen?

AA1: Vielleicht auch nicht nur die Notwendigkeit, das bei den Ärzten noch mal genauer darzustellen, dass es nicht um Schuld geht. Sondern vielleicht, dass auch die Angehörigen von der allgemeinen Aufklärung [profitieren], die man im Krankenhaus bekommt. Dass da einfach klar ist, dass wenn die Polizei kommt, dass das dann nicht heißt, dass die den anderen umgebracht haben. Ich glaube, das ist eben auch teilweise die Furcht davor, dass die Angehörigen es falsch sehen.

AA2: Ich habe in den Fälle, wo ich die Polizei eingeschaltet habe, immer versucht, die Angehörigen vorher anzurufen, um mitzuteilen, dass ich jetzt aufgrund der Tatsache, dass der Totenschein, warum auch immer, die Polizei eingeschaltet habe und die stocken dann immer alle und ich versuche zu erklären, es geht hier nicht um Schuld. Es geht wirklich nur um *natürlich* oder *nicht natürlich*. Es geht ja auch um Unfallversicherung oder so. Wissen sie, wenn es dann *nicht natürlich* wäre. Es gibt vielleicht eine Unfallversicherung, für die das relevant wäre. Weil, wenn ich die anrufe und sage: „Die Polizei ist eingeschaltet“, habe ich immer das Gefühl, auf der anderen Seite der Leitung gehen sofort alle Alarmglocken an und es geht um Schuld. Und das muss man dann versuchen, auch in sehr emotionalen Situationen, sind das dann natürlich für die Angehörigen, dann vernünftig zu kommunizieren.

AA5: Gehört auch in die Fortbildung *Wie kommuniziere ich mit den Angehörigen?*

AA4: Das lernt man als Assistenzarzt auch nicht unbedingt. Ich sagte ja schon, das Thema Tod ist eh so ein schwieriges Thema, glaube ich.

I: Okay, haben Sie noch was?

AA5: (...) sonst wenn Krankenhäuser sagen: „Der Assistenzarzt, der darf zwar die Vorbereitung für die Todesbescheinigung machen, aber unterschreiben tut sie allerhöchstens der Oberarzt oder sogar der Chefarzt.“ Finde ich eine gute Regelung. Nicht um irgendwas zu vertuschen, sondern einfach um da auch die Qualität und die Erfahrung, was wir gerade angesprochen haben, zu bringen.

I: Das könnte also auch helfen, wenn man die Tätigkeit dem höheren Verantwortlichen anvertraut?

AA5: Wenn man jetzt ganz brutal ist, könnte man jetzt sagen: „Ohne Facharztstatus keine Todesbescheinigung“. Würde letzten Endes natürlich dazu führen, dass wir in diesem ambulanten Bereich, wo ja normalerweise Facharztstandard irgendwo gilt, noch nicht unbedingt Verbesserungen bringen, aber wenn es dann in der Assistenzzeit entsprechend auch aufbereitet wurde (...)

I: Das würde der Tätigkeit also auch wieder mehr Ansehen geben, wenn man die erst machen darf, wenn man einen bestimmten Status erreicht hat?

AA5: Auf die Idee bin ich noch nicht gekommen.

I: Gibt es noch weitere Anmerkungen? Okay, das ist nicht der Fall.

## Interviewtranskript RechtsmedizinerInnen

I: Bitte, erklären Sie kurz in welcher Form Sie im Berufsalltag mit der ärztlichen Leichenschau beziehungsweise Todesbescheinigungen zu tun haben.

RM1: Also ich (...) und ich gehe mal davon aus (...) auch die Kolleginnen und Kollegen machen zweite Leichenschauen im Krematorium, vor Feuerbestattungen. Wir machen Zweitleichenschauen vor Auslandsüberführungen von Leichen. Und wir machen noch mal Leichenschauen, wenn sich Verstorbene zu Lebzeiten als Körperspender der Wissenschaft zur Verfügung gestellt haben.

I: Und machen Sie auch erste Leichenschauen?

RM2: Erste Leichenschauen machen wir in manchen Fällen, wenn wir zum Fundort oder zu Tatortbesichtigungen gerufen werden und noch keine erste Leichenschau erfolgt ist. Dann wird die erste Leichenschau auch von uns durchgeführt.

I: Wie oft kommt das etwa vor?

RM3: Alle paar Jahre mal. Meistens nach Tötungsdelikten mit offensichtlichen Verletzungen, so dass sich die Polizei überlegt hat: „Die Person muss tot sein.“

I: Okay. Danke schön. Dann frage ich jetzt zu Problemen bei der zweiten Leichenschau. Wie hoch würden Sie den Anteil der Fälle schätzen, die man nach der zweiten Leichenschau nicht freigeben kann zur Feuerbestattung oder Auslandsüberführung oder Körperspende?

RM4: Ich finde, das muss man ein bisschen trennen. Es gibt einmal welche, da gibt es Unklarheiten, in denen wir dann telefonieren, aber die wir ja nicht direkt anhalten. Und es gibt die, die wir dann direkt anhalten. Also das würde ich ein bisschen trennen. Da man ja nicht bei allen, bei denen man hinterher telefoniert, die auch wirklich anhalten muss.

I: Und wie hoch wäre der Anteil jeweils? Wie hoch ist der Anteil, bei denen Sie nur telefonieren und wie hoch ist der Anteil, bei denen, die Sie dann wirklich melden?

RM4: Naja, also bei so einem typischen Krematag, wenn man 15 Leichen hat und vielleicht im Höchstfall bei drei oder vier telefonieren muss, ist das vielleicht eine, die man anhält. Wenn überhaupt. Also ich telefoniere deutlich mehr als ich anhalte.

RM2: Also anhalten? Geschätzt vielleicht in zwanzig Prozent telefonieren und fünf Prozent anhalten, schwer zu sagen.

RM3: Würde ich genauso sehen.

RM1: Ich bin ganz schlecht, was Zahlen angeht. Aber grundsätzlich würde ich sagen, dass ich bei 15 bis 20 Leichen vielleicht bis zu dreimal telefonieren muss. Das mag schon hinhalten.

I: Bitte nennen Sie ein paar Hauptgründe dafür, dass man die Leichen primär nicht freigeben kann. Was sind da so die häufigsten Gründe?

RM1: Die Todesart wurde nicht richtig angekreuzt, beziehungsweise das Kreuz fehlt einfach.

RM2: Die Kausalkette der Todesursache ist entweder nicht nachvollziehbar oder nicht mit den äußerlich erkennbaren Anzeichen an der Leiche vereinbar.

RM4: Oder es fehlt einfach eine konkrete Todesursache. Es ist einfach etwas Allgemeines hingeschrieben, so wie „Herzstillstand“ oder „Altersschwäche“.

RM2: Oder es gibt äußerliche Anzeichen an der Leiche, dass entweder eine Gewalteinwirkung erfolgt ist oder dass zum Beispiel ein operativer Eingriff kurz vorher erfolgt ist, der auf der Todesbescheinigung gar nicht erwähnt wurde.

RM3: Ein Problem in der Todesbescheinigung NRW ist, dass man, wenn man keinen Anhalt für eine *nicht natürliche* Todesart hat, muss man ja das *nein* ankreuzen. Und nach der neuen

[Todesbescheinigung] bräuchte man aber zwingend noch ein zweites Kreuz. Und das zweite Kreuz wird doch mit großer Regelmäßigkeit vergessen. Mit natürlich unterschiedlichen Konsequenzen. Also es wäre sehr viel besser, wenn es in der Todesbescheinigung NRW einfach drei Felder gäbe: *natürlicher Tod*, *unklarer Tod*, *nicht natürlicher Tod*. Das würde dann wirklich jeder verstehen.

RM1: Es gibt natürlich auch den Klassiker, dass ein *natürlicher Tod* bescheinigt wurde, aber entweder in der Todesursachenkaskade oder in der Epikrise Faktoren aufgeführt sind, die eigentlich ein *nicht natürliches* Geschehen nahelegen würden, ohne dass es weiter ausgeführt wird.

RM3: Und da, wo früher eben „Altersschwäche“ stand als Todesursache, was ja schon keine medizinische Diagnose ist, da steht jetzt in letzter Zeit immer „Demenz“, auch ohne weitere Erklärung, so dass das ja quasi ein leerer Totenschein ist. Und dann muss man dem halt nachgehen.

I: Und wie machen Sie das dann? Wie gehen Sie der Sache nach?

RM3: Irgendwie versuchen, den ersten Leichenschauer zu erreichen. Und das natürlich noch möglichst zeitnah, damit das eben auch weitergeht mit der Kremierung.

I: Wie gestaltet sich diese Kontaktaufnahme in der Regel? Ist es einfach, denjenigen zu erreichen oder schwierig? Oder zum Beispiel auch in verschiedenen Szenarien: Hausarzt, Klinikarzt oder Notarzt. Ist das unterschiedlich?

RM3: Also ich würde sagen, die Arzthelferinnen in den Praxen, die sind gut im Mauern. Die lassen gar nichts durch. Aber das Pflegepersonal auf Station, die sind da sehr viel hilfsbereiter beim Durchstellen an die zuständigen Ärzte oder Ärztinnen. Und die Ärzte selbst, die kriegen meistens erstmal einen Schreck.

RM2: Die Problematik beginnt eher da, dass man meistens gar nicht weiß, wer der erste Leichenschauer war. Dass man entweder den Namen nicht lesen kann oder keine Telefonnummer angegeben ist oder beides, so dass es oft mehrerer Telefonate bedarf, um überhaupt herauszufinden, wer denn der war oder wer ein anderer Arzt wäre, den man fragen könnte. In der Klinik zum Beispiel ein anderer behandelnder Stationsarzt, der einem Auskunft über den Krankheitsverlauf geben könnte.

RM1: Also ich habe auch eher die Erfahrung gemacht, dass große Kliniken häufig problematischer sind beim Rücksprachehalten. Weil die haben unterschiedliche Dienstpläne. Frühschicht, Spätschicht, dann auch mal frei nach Nachtdienst, was weiß ich. Dass ist dann schon aus den Gründen schwierig, den ersten Leichenschauer vielleicht zu kriegen. Und dann alternativ jemanden zu finden, das kann eine Sisyphusarbeit sein. In den Praxen ist es zumindest so, dass die Anzahl der Möglichkeiten der in Frage kommenden Kolleginnen und Kollegen sehr viel kleiner ist. Und dann kommt man dann eher mal an denjenigen oder diejenige, die man wirklich braucht.

RM4: Ein Problem sind noch so Notfallpraxen, weil da meistens (...) oder ich weiß nicht, wie man diese Dienste nennt (...) also, wo dann wirklich nur „Notdienst“ statt jetzt „xy „draufsteht und diese Nummer. [Und] dann landet man dann ja in irgendeinem Büro und muss dann über Handy den Arzt anrufen. Also meistens klappt das schon ganz gut. Aber das dauert natürlich dann auch, verzögert sich halt.

I: Geben die Ärzte in der Regel bereitwillig Auskunft über den Fall? Oder gibt es da auch oft die Situation, dass die sich auf ihre Schweigepflicht berufen und gar nichts sagen wollen?

RM2: In manchen Fällen. Aber ich habe eher die Erfahrung gemacht, dass die, wenn sie den Eindruck haben, dass sie mit einem ärztlichen Kollegen sprechen und dass es um die weiteren Vorgehensweisen nach eben der Todesfeststellung geht, dass sie dann doch bereitwillig eher Auskunft geben. Sofern sie das überhaupt können in dem Fall.

RM1: Also ich habe es auch extrem selten erlebt, dass da jemand nicht bereit gewesen wäre.

RM4: Wenn man halt nicht direkt den leichenschauenden Arzt erreicht, dann gibt es halt schon welche, die dann (...) da muss man sie halt schon häufiger darauf ansprechen, ob sie nicht einfach mal in die Kurve reingucken können, ne? Das hat man halt, dass man sich dann nicht direkt zuständig fühlt oder sie das nicht wollen. Aber meistens klappt das dann irgendwann.

I: Wir gehen gleich noch mal genauer auf diese genannten Probleme der Kontaktaufnahme etcetera ein, aber dann in den bestimmten, speziellen Bereichen *Klinik, niedergelassener Arzt und Notarzt*. Vorher möchte ich noch fragen: Wie ist es mit der Obduktionsrate? Wie viele von denen, die man nicht freigegeben konnte, werden dann wirklich obduziert?

RM4: Wenig.

RM1: Ich würde auch sagen: Wenige.

RM3: Sehr wenige. Und teilweise so, dass man sich echt wundern muss. Die haben dann bandförmige Hämatome am Hals und werden freigegeben. Da weiß ich dann auch nicht, wann man dann eigentlich noch eine Obduktion braucht, wenn nicht da.

I: Sind Sie denn zufrieden mit der Obduktionsrate?

RM1: Naja, vor dem Hintergrund, dass wir ja eigentlich verhältnismäßig wenige Leichen, von denen (...) wo wir ja [einen] weiteren Informationsbedarf haben, letzten Endes anhalten, ist das eigentlich zu wenig. Wir wenden uns ja wirklich nur dann an die Polizei, wenn wir wirklich gute Gründe haben. Und da dürfte dann tatsächlich gerne auch mehr ermittelt und obduziert werden.

RM2: Und wenn wir auch das Gefühl haben, dass eine Obduktion in diesem Fall möglicherweise erfolgversprechend wäre, um weitere Erkenntnisse über die tatsächliche Todesursache zu erhalten.

I: Und wie reagiert die Polizei in der Regel darauf, dass man diese Fälle weiterleitet?

RM4: Das kommt auf den Fall und die Dienststelle an.

RM1: Man hält ja nicht wirklich dann direkt zwingend mit einem Sachbearbeiter Rücksprache. Ich könnte das gar nicht sagen, wie die das aufnehmen.

RM3: Also mir fällt da ein KK11-Mitarbeiter ein, der verschickt dann immer eine von ihm für die Zeitschrift *Kriminalistik* geschriebene Publikation zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau an die leichenschauenden Ärzte. Um denen klarzumachen, dass es hier ein *natürlicher Tod* ist und dass das nicht meldenswert ist. Das ist natürlich putzig.

I: Also eine negative Reaktion?

RM3: Ich glaube, er meint es vielleicht sogar nett. Aber das ist natürlich daneben.

RM2: In manchen Fällen, wo wir es aus (...) vielleicht aus akademischer Sicht anhalten, weil es sich strenggenommen um eine *nicht natürliche* Todesart handelt, ist das Verständnis der Polizei vielleicht dahingehend nicht so, dass es auch etwas ist, wo sie ermitteln müssten. Weil sie kein Fremdverschulden sehen, bei einer dritten Person oder bei einer fremden Person. So dass sie dann in diesen Fällen doch noch mal Rücksprache mit uns halten und fragen, warum wir denn jetzt in dem Fall genau die Leiche angehalten hätten. Aber das kommt relativ selten vor, finde ich.

RM4: Naja, es gibt halt manche Dienststellen, da weiß man schon, die rufen einen immer an, wenn man einen anhält.

RM1: Wobei ich finde, also jetzt mal zur Ehrenrettung gesagt, diejenigen, mit denen wir regelmäßig zu tun haben, sind dann ehrlich im Kontakt nach meinem Empfinden aber auch unkompliziert. Und hier dieser skizzierte Einzelfall (deutet in Richtung RM3), mit dem haben wir ja auch eher selten zu tun.

I: Okay, also ich habe jetzt mitgenommen: Die Obduktionsrate ist eher gering in den Fällen, die man der Kriminalpolizei gemeldet hat. In den Fällen, an die sie sich erinnern, hat sich denn dann tatsächlich bestätigt, dass die Todesart falsch war? Oder dass zum Beispiel die Verletzungen, dass da tatsächlich was dahintersteckte? Oder war das dann oftmals gar nicht so der Fall?

RM1: Ich würde sagen, ganz unterschiedlich. Also es hat sich zum Teil tatsächlich bestätigt, dass ein *nicht natürliches* Geschehen vorlag. Teilweise hat es dann die Situation aber auch entschärft, weil eben z.B. Verletzungen sich dann als weniger gravierend herausgestellt haben. Was aber auch völlig in Ordnung ist, weil letzten Endes müssen wir ja die Klarheit bekommen.

RM2: Teilweise ist dann lediglich erkennbar, dass die Todesursache falsch erkannt wurde oder eben die Kausalkette falsch war, aber es trotzdem ein *natürlicher Tod* war. Das kommt auch vor.

RM3: Und dann sind es natürlich auch viele Krankenhaufälle, die man da anhält. Das heißt, nach der Obduktion kann man das noch gar nicht abschließend sagen.

I: Okay. Dann gehen wir jetzt mal darauf ein, welche bestimmten Probleme es in den einzelnen Bereichen gibt. Und zwar zuerst reden wir über Krankenhaufälle. Welche Hauptprobleme fallen Ihnen spontan ein bei Klinikfällen, die immer wieder vorkommen?

RM1: Klinikfälle, die wir jetzt bei der zweiten Leichenschau sehen und die für uns auffällig sind?

I: Ja, genau.

RM3: Also das Grundproblem ist natürlich, dass derjenige, der den Leichenschauschein ausfüllt, auch derjenige ist, der potentiell den Behandlungsfehler begangen hat. [Und] dann steckt er in dem Dilemma, sich selbst anzuzeigen. Und da wird er natürlich unter Umständen trickreich, um das irgendwie zu umgehen.

RM1: Krankenhaufälle sind ja häufig auch mal sehr komplexe Fälle, wohlmöglich mit ganz langen Verläufen. Und das kann dann für die Kollegen dann einfach mal schwierig sein, das vernünftig darzustellen in so einem Totenschein. Da sind dann natürlich viele Möglichkeiten da, Unklarheiten oder Missverständnisse zu schaffen. Und dann bei den Organisationsstrukturen im Krankenhaus ist es halt auch häufig so, dass diejenigen, die dann letzten Endes dann den Tod feststellen und den Totenschein ausfüllen, wohlmöglich gar nicht die sind, die irgendwie längerfristig in die Behandlung des Patienten mit eingebunden waren. Die den also nicht kennen, nur eine Akte haben und daraus versuchen müssen, das Essentielle für die Todesbescheinigung rauszuziehen. Was halt, wie gesagt, eine große Herausforderung sein kann.

RM2: Ich glaube auch, dass dann da auch häufig wesentliche Befunde weggelassen werden. Also entweder weil sie dem Leichenschauer gar nicht so geläufig oder bekannt waren oder weil der Platz einfach gar nicht reicht auf der Todesbescheinigung. Auf der anderen Seite sehen wir immer wieder Fälle, wo dann für uns auf den ersten Blick erkennbar Information drinsteht, die schon hinweisend ist auf *nicht natürliches* Geschehen. Zum Beispiel ein häuslicher Sturz in der Vorgeschichte und dann ein Versterben im Krankenhaus. So dass dann da die Fälle sind, wo wir tatsächlich tätig werden müssen und wo eigentlich die Klinikärzte das hätten auch erkennen können, dass da nicht eindeutig ein *natürlicher Tod* vorlag.

RM1: Wahrscheinlich ist das auch nicht zwingend die Lieblingstätigkeit von Klinikärzten, die vielleicht Klinikärzte geworden sind, weil sie Menschenleben retten wollen und kleine Kinder behandeln möchten und ich weiß es nicht (...) und dann steckt man da vielleicht nicht so viel Herzblut rein. Und dann kommt es zu Unzeiten mitten in der Nacht, wenn man eigentlich drei Patienten hat, die irgendwie dekompensieren. Und dann kommt halt vielleicht nicht so ein tolles Produkt dabei heraus.

RM4: Und ich glaube, dass die manche Sachen auch nicht ganz auf dem Schirm haben. Also zum Beispiel hat man das ja mal, dass wir bei der Leichenschau irgendwie ein Hämatom oder eine Hautschürfung oder irgendwas am Kopf sehen und uns dann überlegen: „Ist der da irgendwie drauf gefallen?“ Und das ist dann aber schon ein paar Tage her. Und die haben in der Klinik auch alles gemacht, CT und es gab irgendwie nichts im Schädel. Und er ist dann an was ganz Anderem gestorben. Aber das haben die dann einfach nicht mehr auf dem Schirm. Und auch nicht mehr auf dem Schirm, dass wir uns ja den Leichnam anschauen und das dann auffällt und man das von außen ja nichts sehen kann. Also das ist, glaube ich, ist manchmal auch ein Problem, dass man da dann telefoniert. Und das kann man ja relativ schnell klären, wenn man mit denen spricht.

RM2: Ich glaube, den Klinikärzten ist auch nicht bewusst, einerseits wie wichtig das ist, das reinzuschreiben, weil es bei der zweiten Leichenschau auffallen könnte. Oder aber auch, dass es überhaupt zu einer zweiten Leichenschau kommen könnte. Weil die wissen primär ja nicht, wird der Leichnam ins Krematorium gebracht oder vielleicht ins Ausland überstellt? Wo das dann nötig wird.

I: Wie wird in der Regel darauf reagiert im Krankenhaus, wenn man sie darauf anspricht, dass da vielleicht etwas unvollständig ist oder dass man dies und das noch wissen muss, um den Fall freigeben zu können?

RM4: Ach, die meisten, finde ich, sind da eigentlich relativ offen. Es gibt natürlich ein paar, die dann schon ein bisschen ruppig werden. Manche sind einfach total aufgeregt und hören nur „Rechtsmedizin“ und kriegen irgendwie eine Panikattacke.

(Lachen.)

RM1: Fühlen sich mit einem Fuß im Gefängnis.

RM4: Und manche sagen aber: „Ach gut, dass Sie anrufen. Ich habe mich das auch gefragt. Wir haben das auch im Team diskutiert.“ Und dann merkt man, die sind dann eigentlich dankbar, dass man ihnen da eigentlich was sagt, weil es da ja irgendwie eh Unklarheiten gibt oder gab.

RM2: Hin und wieder muss man vielleicht auch ein bisschen diskutieren oder gemeinsam darüber reden, was denn jetzt der Unterschied ist in manchen Fällen zwischen *natürlich* und *nicht natürlich*. Weil das Verständnis da manchmal scheinbar ein anderes ist, zwischen uns und den tätigen Ärzten, was zum Beispiel den Todesfall nach einer Operation angeht.

I: Was sind da so die häufigsten unterschiedlichen Sichtweisen? Können Sie das noch einmal genauer erörtern?

RM2: Ich glaube, dass manche der Ansicht sind, dass jemand, der nach einer Operation verstirbt, wenn die Operation indiziert war aufgrund einer inneren Erkrankung, dass das dann automatisch ein *natürlicher* Tod ist. Weil er ja an den Folgen seiner Erkrankung verstorben ist. Und andere der Meinung sind, dass jeglicher Tod nach einer Operation bereits ein zumindest *ungeklärter* Tod ist, wenn nicht sogar *nicht natürlich*. Weil das ja eine Komplikation der Operation war, wenn das unmittelbar zeitlich aufeinander folgt. Und so kommt es wahrscheinlich auf den Einzelfall an, wie man das dann tatsächlich interpretiert. Aber dann kann es schon mal vorkommen, dass die Klinikärzte anderer Meinung sind als wir.

RM1: Ich glaube, tatsächlich die Wertung dessen, „In welche Schublade stecke ich das Auftreten der Komplikation?“, da gehen die Meinungen auseinander. Die einen sagen: „Das ist ein *nicht natürlicher* Einfluss, fertig.“ Dann ist das auch ein *nicht natürlicher* Tod. Und andere sagen: „Wenn das halt etwas ist, was auftreten kann bei Operationen, worüber auch aufgeklärt wurde, dann würde das im Zweifelsfall eine *natürliche* Todesart sein“.

I: Und wie ist das bei Ihnen? Wie würden Sie das sehen, wenn jemand an einer Komplikation verstirbt? Das ist auch eindeutig nachvollziehbar, dass es eine Komplikation von einer Operation oder einem anderen Eingriff ist. Und derjenige wurde vorher darüber aufgeklärt und die OP war auch indiziert. Ist es dann ein *natürlicher* Tod oder ein *nicht natürlicher* Tod?

RM1: Also ich sehe darin ein *nicht natürliches* Geschehen. Ich bin nicht da, um zu werten, inwiefern da jemand was richtig oder falsch gemacht hat, wohlmöglich im Zweifelsfall auch Schuld hat am Versterben eines Menschen. Also es geht einfach nur um den Unterschied Tod infolge einer inneren Erkrankung oder infolge eines äußeren Einflusses.

RM3: Ja, ich finde die Schubladen auch schwierig zu bedienen. Ich würde vielleicht sogar noch da berücksichtigen, wie dringlich die Operation war. Also wenn es eine Notfall-OP war und die versuchen, da noch drei Bypässe zu legen und dann ist halt einer nicht annäherbar oder was (...) und dabei kommt es zu einer tödlichen Komplikation, dann würde ich das möglicherweise sogar als *natürlichen* Tod durchgehen lassen. Gleiche Operation elektiv ist sicherlich kein *natürlicher* Tod.

RM2: Ja, so ähnlich sehe ich das auch.

I: Gibt es bestimmte Erklärungen, die bei Anrufen in der Klinik immer gegeben werden, weshalb der Totenschein nicht vollständig ausgefüllt wurde oder bei der Kausalkette etwas vergessen wurde?

RM2: Oft, das was mein Kollege schon angesprochen hat, dass derjenige, der die Leichenschau durchführt, gar nicht der behandelnde Arzt war, sondern möglicherweise nur im Nachtdienst von einer

anderen Station eigentlich kommt und dann den Tod anhand der vielleicht dürftigen Informationen bescheinigen musste. Oder die Todesursache anhand der Informationen, die ihm vorliegen, aber eigentlich zum ganzen komplexen Krankheitsverlauf gar nicht so viele Informationen hatte.

RM1: In vielen Kliniken gibt es auch so ein bisschen Vorgaben dazu, wie mit Todesfällen umgegangen werden soll. Es gibt immer noch Kliniken, die scheuen sich extrem davor, einen *nicht natürlichen* Tod zu bescheinigen. Da wird man versuchen, alles irgendwie in die Ecke *natürlich* zu stellen. Dann gibt es andere, die machen es ganz umgekehrt. Die sind extrem defensiv und klassifizieren alles, was irgendwie in zeitlicher Nähe zu einer Behandlung verstorben ist als zumindest *ungeklärt*. Und dann ist im Einzelfall halt wohlmöglich das Ganze nicht so differenziert ausgefüllt.

RM3: Ich habe sogar das Gefühl, es hängt noch ein bisschen am Einzugsgebiet. Also die Frage, in welchem rechtsmedizinischen Einzugsgebiet steht das Krankenhaus, wie großzügig *natürlich* oder auch *nicht natürlich* angekreuzt wird. Also ich würde sagen, in unserem Einzugsgebiet hier, ist es so wie es gehört. Aber außen herum ist schon eine deutliche Tendenz in Richtung *natürlich*.

RM2: Aber grundsätzlich habe ich jetzt eigentlich die Erfahrung gemacht, dass, wenn man die Ärzte, mit denen man spricht, die auch die Leichenschau gemacht haben, auf ihre möglicherweise offensichtlichen oder weniger offensichtlichen Fehler hinweist, die dann oft doch ganz dankbar sind, dass man sie darauf hinweist und dass sie dann etwas daraus lernen für die nächste Leichenschau.

RM4: Gerade, wenn es junge Kollegen sind. Also es gibt da auch so ein paar, wenn die ein bisschen älter sind und die dann offensichtlich merken, dass man selber jünger ist, dann ist es anders. Aber ich finde auch, viele sind eigentlich auch dankbar, wenn man dann was sagt. Aber es gibt auch welche, die wirklich dann sagen: „Okay, wir haben in der Klinik die Vorgabe, eine gewisse Zeit nach der Operation ist es immer *ungeklärt* und danach ist es dann wieder *natürlich* (...) oder so was.

RM1: Zeitgrenze?

RM4: Drei Wochen oder so.

(Lachen.)

RM2: Es ist auch schwierig für die jüngeren Kollegen, die dann noch nicht so viel Erfahrung haben und dann solche Dienstanweisungen bekommen, an die sie sich halten müssen.

RM1: Also hier und da gibt es noch ganz alte Systeme, wo irgendwie erst der Tod festgestellt, aber dann vier Stunden gewartet werden soll, bis die Leichenschau gemacht wird. Das stirbt aber ein bisschen aus, habe ich das Gefühl, richtigerweise.

RM2: Und in seltenen Fällen ist uns auch schon untergekommen, dass die Todesbescheinigung vom Pathologen der Klinik ausgefüllt wird, der unserer Meinung nach oder soweit nachvollziehbar gar nichts mit der Behandlung zu tun hat oder gar nicht so viel Information darüber hat und dann erst im Nachhinein die Leichenschau durchführt.

RM1: Es ist ein zweiseitiges Schwert. Auf der einen Seite vielleicht ganz gut, dass es nicht der Behandler ist. Auf der anderen Seite hätte man auch jemanden, der den Verlauf wirklich nur von der Papierform kennen kann.

I: Was haben Sie denn so für Erfahrungen gemacht, also im Rahmen der zweiten Leichenschau: Wird die Leichenschau in Krankenhäusern sorgfältig durchgeführt? Wird der Patient da komplett entkleidet? Vielleicht kann man das ja irgendwie ableiten aus den Fällen, die man so gesehen hat.

RM4: Also aus den Leichenschaufällen kann ich das jetzt nicht zwingend ableiten. Aber man spricht ja auch manchmal mit ärztlichen Kollegen oder mit Kommilitonen, mit denen man zusammen studiert hat. Und da habe ich schon gehört, dass manche sagen, wenn sie den Patienten schon längere Zeit behandelt haben und kennen, dass sie dann bei der Leichenschau das nicht ganz so gründlich machen mit der Entkleidung. Weil sie den ja schon Tage oder Wochen begleitet haben und dann quasi der Meinung sind, dass sie ihn ja eigentlich kennen von vorne bis hinten.

RM2: Manchmal fallen ja bei der Leichenschau auch äußerliche Veränderungen auf, wie beispielsweise Hämatome im Gesicht oder von mir aus an den Extremitäten, und wenn man dann da

eine Rückfrage hat, dann kommt es hin und wieder vor, dass die Leichenschauer erst gar nichts davon wissen oder gar nichts dazu sagen können, so dass man sich dann fragt: „Haben sie den Leichnam wirklich gründlich untersucht oder können sie sich einfach nur nicht daran erinnern?“

I: Gibt es noch weitere Probleme im Klinikbereich, die wir jetzt noch nicht besprochen haben? Also zum Beispiel typische Fehler oder Probleme bei der Kontaktaufnahme zu dem Leichenbeschauenden Arzt?

RM4: Nein, ich glaube nicht.

RM2: Das haben wir alles genannt.

I: Dann sprechen wir über die niedergelassenen Ärzte, insbesondere Hausärzte. Wie ist das da? Können Sie da ableiten, ob die Leichenschau im niedergelassenen Bereich vollständig und sorgfältig durchgeführt wird?

RM3: Also ich glaube, da gibt es die größten Probleme. Da ist auch das Dilemma, sich selbst anzeigen zu müssen im Zweifelsfall am größten. Da ist ja dann meistens nicht nur die eine Person in Behandlung, sondern die ganze Familie. Da spielen dann gleich wieder finanzielle Aspekte mit rein. Und von daher glaube ich auch, die haben natürlich auch die schwierigste Klientel, so ab 80 plus. Woran sind die Leute eigentlich gestorben? Die müssten dann eigentlich jedes Mal eine vernünftige Epikrise reinschreiben, wenn sie mit ihrer Altersschwäche oder ihrer Demenz durchkommen wollen. Das fehlt dann aber meistens. Das sind aber in der Regel dann auch die dankbarsten Ärztinnen und Ärzte, wenn man sie anruft. Wenn man sich mal die Zeit nimmt, mit denen ihre offenen Fragen auch mal durchzusprechen.

RM1: Es gibt noch so eine ganz große Baustelle bei den niedergelassenen Ärzten. Viele Praxen haben keine Lust auf diese Dienste, in denen man auch Leichenschau machen muss und treten die dann quasi ab an Vertretungen. Und das sind manchmal Kolleginnen und Kollegen, da (...) die finde ich komisch. Ich weiß nicht, wie ich es anders sagen soll. Wo dann auch seltsame Vorstellungen dazu existieren, wie man so etwas handhabt. Also da werden die Hirntode zu Hause festgestellt und nicht im Klinikum. Und das finde ich auch so von der Zuständigkeit schwierig, wenn jemand anders im Prinzip diese Leichenschau übernimmt und den Totenschein ausfüllt, aber diese Praxis, die den Dienst hätte, das unterzeichnet. Also das ist inhaltlich und formal, finde ich, ein großes Problem.

RM2: Zur Durchführung an sich können wir, glaube ich, wenig sagen. Manchmal fallen da auch nur Fälle auf, wo eben äußerliche Verletzungen oder in so Fällen von häuslicher Pflege ja ganz oft vorkommende Druckgeschwüre, also Dekubitus, uns auffallen, aber in der Leichenbescheinigung überhaupt keine Erwähnung finden, so dass man sich da auch fragt: „Wurde das gar nicht gesehen oder wurde es einfach unterschlagen, weil es nicht für relevant gehalten wurde?“

RM4: Ich glaube, dass da manchmal auch das Problem ist (...) also manchmal ist es dann ja auch, dass die das schon wissen und auch vielleicht schon über längere Zeit behandeln. Und dass dann einfach aus dem, also einfach aus dem Gedächtnis raus ist, dass es für uns relevant sein kann. Glaube ich. Das es meistens gar keine böse Absicht ist. Oder dass sie es einfach nicht beachten oder vergessen.

I: Wie waren sonst so die Erfahrungen, wenn man mit Hausärzten telefoniert hat, also Kontakt aufgenommen hat. Wurde das positiv aufgenommen?

RM2: Ja eher positiv.

RM4: Also, ich habe es auch eher positiv [erfahren] und ich muss sagen, ich hatte jetzt auch, glaube ich, noch nie so richtig Probleme mit den Arzthelfern oder Arzthelferinnen. Das hat meistens bei mir eigentlich ganz gut geklappt. Die rufen dann meistens zurück. Die sind dann meistens immer erstmal beschäftigt, aber (...)

RM1: Mittlerweile kennt man ja auch schon ein paar, weil man über die Jahre mehrfach angerufen hat. Und es gibt einen, da rufe ich immer nur an, weil ich diese Schrift einfach nicht lesen kann. Jedes Mal wieder.

RM4: Könnte man ändern.

RM2: Ja, das ist oft ein Problem.

RM3: Ja, also bei den Anrufen wegen Demenz, die man ja mit großer Regelmäßigkeit führt, da sagen die Hausärzte dann auch so Sachen wie: „Ja, sagen Sie mir, was ich da reinschreiben soll, dann schreibe ich das da rein. Ist mir egal.“

I: Und wie ist es bei den Hausärzten mit der Schweigepflicht? Kommt da oft eine Rückmeldung, dass keine Informationen rausgegeben werden dürfen?

RM4: Nein.

RM3: Noch nie.

I: Gibt es da auch häufiger Probleme mit der Todesart? Ist das auch so etwas, was typischerweise bei Hausärzten passiert? Oder was sind da eher so die typischen Fälle, die Sie anhalten?

RM3: Also ich habe das Gefühl, Hausärzte haben nur drei Diagnosen: Demenz, Aspirationspneumonie und Nahrungsverweigerung. Vielleicht täusche ich mich. Und es sind ja alles drei Punkte, wo man nachhaken könnte, zumindest.

RM2: Also die meisten Fälle, wo wir dann die Todesart anzweifeln, sind zum Beispiel so Fälle mit Aspirationspneumonie oder Verdacht darauf. Oder eben großflächige, tiefgehende Dekubitus, die möglicherweise infiziert waren und dadurch zum Tod geführt haben. Das ist das, was mir am meisten auffällt.

RM1: Ich glaube tatsächlich, die Todesart ist nicht so das Problem. Sondern dass einfach nichts Vernünftiges im Bereich Todesursache und Epikrise steht, was die dann erklären würde, die *natürliche* Todesart.

I: Fällt Ihnen denn etwas ein, wie man das lösen könnte? Also, wenn man jetzt wirklich einen alten Patienten hat, der viele Vorerkrankungen hat, und man weiß eben nicht, an welcher er akut verstorben ist.

RM3: Man müsste zumindest das Feld Epikrise vernünftig ausfüllen und nicht nur eine Zeile „Todesursache Demenz“.

RM1: Also es wäre dann halt schon wichtig, diese Diagnosen mal zu nennen. Und wenn das ein betreuender Hausarzt ist, würde ich zumindest auch erwarten, dass der entsprechend einen plausiblen Verlauf schildern kann; dass eben sein Patient anhand dieser Vorerkrankungen immer weiter abgebaut hat und dann in letzter Konsequenz eben auch verstorben ist. Aber wenn das so nicht beschrieben ist, dann bleiben halt bei mir viele Fragen.

RM2: Und wenn er es gar nicht beschreiben kann, weil er entweder zu den Vorerkrankungen zu wenig weiß, weil er vielleicht der neue Hausarzt ist oder weil es sich für ihn jetzt nicht ergibt, warum er anhand seiner Vorerkrankungen verstorben sein sollte, dann müsste er ja einen *ungeklärten* Tod bescheinigen. Wenn er sich jetzt ganz, ganz unsicher ist, und dann als Verlegenheitsdiagnose „Demenz“ hineinschreibt. Aber das wird ja scheinbar auch nicht gemacht.

I: Gibt es noch weitere Anmerkungen zu diesem Bereich *niedergelassene Ärzte?* (...) Dann zu den Notärzten: Wie ist es da mit der sorgfältigen Durchführung der ärztlichen Leichenschau? Welche Erfahrungen haben Sie da gemacht? Da kann man vielleicht auch aus der Obduktionserfahrung berichten.

RM3: Da würde ich jetzt tatsächlich sagen, dass die Qualität mit Abstand am besten ist. Das sind die, die Leichenschauen regelmäßig durchführen. Die in der Regel nicht in irgendeinem Dilemma stecken, weil sie höchstens im Rahmen eines Notfalleinsatzes zugange waren. Und da habe ich persönlich eher das Problem, dass die immer irgendwelche englischen Abkürzungen nehmen, die ich nicht kenne.

(Lachen.)

RM1: Ich würde da auch mitgehen. Ich finde, die machen das ganz gut und meine, die müssen sich ja immer erstmal einen Überblick verschaffen. Die müssen den oder die sowie erstmal ausziehen und

sich angucken und machen in der Situation mit allem, was sie an Infos zur Verfügung haben, eigentlich einen ganz guten Job. Es kommt extrem selten vor, dass ich irgendwie mal versuchen muss, einen Notarzt zu erreichen, weil am Totenschein irgendwas unklar ist.

RM2: Das stimmt.

I: Ist das ableitbar, ob es einfach an der Menge der Verstorbenen liegt, die als *natürlich* bescheinigt werden?

RM1: Klar, die werden natürlich den *natürlichen* Tod verhältnismäßig seltener feststellen können als die anderen Ärztinnen und Ärzte.

I: Wie schätzen Sie die Situation ein, wenn ein Notarzt bei einem Verstorbenen einen ungeklärten Tod bescheinigt und die Leichenschau gar nicht selbst durchführt, sondern sie an die Polizei abtritt. Ist das aus ihrer Sicht so korrekt oder sollte man das ändern?

RM2: Ich finde es schwierig, wenn die Leichenschau nur durch die Polizei durchgeführt wird. Wenngleich die natürlich sehr viel Erfahrung auch haben, also die Kriminalpolizei in Leichenschau. Aber die Todesursachenfeststellung - und dazu ist ja eine komplette Leichenschau notwendig - sollte schon dem Arzt überlassen bleiben. Die Notärzte, die den Tod primär bescheinigen, die sind natürlich im Noteinsatz. Und die können nicht drei Stunden warten, bis die Polizei dann da ist. Ich kenne das aber aus anderen Bundesländern, dass der Notarzt nur eine vorläufige Todesbescheinigung ausfüllt, das heißt, nur den Tod an sich feststellt, aber sich nicht zur Todesursache äußert. Und dann muss ein weiterer Arzt hinzugezogen werden, der dann im Rahmen der kriminalpolizeilichen Leichenschau die normale Todesbescheinigung ausfüllt. Das wäre eine andere Alternative, wie man das lösen könnte.

I: Gibt es typische Fehler, die Ihnen einfallen, die speziell in diesem notärztlichen Bereich häufig auftreten?

RM4: Eigentlich nicht. Also manchmal ist es vielleicht bei einem Polytrauma schwierig, wenn die dann noch Verletzungen setzen, also, wenn sie dann noch irgendwelche operativen Sachen machen. Und manchmal ist es dann irgendwie schwierig, das zu unterscheiden zwischen (...) also je nachdem, was für Verletzungen vorliegen. Aber das ist ja jetzt nichts, was man in der zweiten Leichenschau (...) wo man da das Problem hat. Sondern das ist eher was, was man bei der Obduktion beachten muss.

I: Ist es denn bei der Obduktion ein häufiges Problem, dass diese Information gar nicht bei einem ankommt als Obduzent? Was noch gemacht wurde vor Ort?

RM1: Ich glaube, das hängt aber eher an den ermittelnden Beamten. Wenn das erfahrene sind, dann fragen die tatsächlich bei den Notärzten auch nach, weil sie das Problem im Zweifelsfall auch kennen. Unerfahrene vergessen das vielleicht. Und dann hat man die Information nicht. Aber das ist jetzt nichts, was ich jetzt so bei den Notärztinnen und Notärzten verorten würde. Ansonsten typische Fehler? Mag sein, dass sie hin und wieder vielleicht manchmal zu falsch einen *natürlichen* Tod bescheinigen. Aber wie gesagt, es ist selten, das ist wirklich selten nach meinem Gefühl.

RM2: Oder sich mit der Todesursache ein bisschen zu weit aus dem Fenster lehnen. Vielleicht einfach etwas vermuten aufgrund ihrer Erfahrung (...) vielleicht mit ähnlichen Krankheitsverläufen. Dass dann nur eine Verdachtsdiagnose ist, aber es so drinsteht, als wäre es quasi bewiesen. Aber dass das dann grob falsch wäre, würde ich nicht sagen.

I: Gibt es eigentlich in irgendeinem Bereich das Problem, dass man häufiger den Fall hat, dass ein Tod bescheinigt wird, obwohl eigentlich noch gar keine sicheren Todeszeichen erkennbar waren?

RM1: Ich hatte es vorhin schon mal angesprochen. Für mich ist das Gruseligste (...) war der niedergelassene Arzt, der eben Hirntote festgestellt hat. Und ansonsten keine sicheren Todeszeichen angekreuzt hatte. Wo sich dann im Endeffekt auch nicht sicher nachvollziehen ließ, ob zu diesem Zeitpunkt auch tatsächlich schon sichere Todeszeichen vorhanden waren. Das ist der Fall, der mir jetzt halt besonders in Erinnerung ist.

RM4: Es gibt auch immer mal wieder Totenscheine, da sind die [sicheren Todeszeichen] einfach nicht angekreuzt. Und dann ist halt die Frage, sind die nicht angekreuzt, weil es vergessen wurde? Also manchmal habe ich da auch hinterhertelefoniert und dann hieß das: „Ich habe das und das alles

geprüft und habe nur das Kreuz vergessen.“ Das ist, glaube ich, so das meiste, dass es einfach vergessen wird anzukreuzen.

I: Dann möchte ich noch zu der Ärzteschaft im Allgemeinen ein paar Dinge fragen. Erstmal wieder relativ offen: Fallen Ihnen spontan Gründe im Allgemeinen ein, warum bei der Leichenschau häufig Fehler gemacht werden?

RM1: Also ich könnte mir einfach vorstellen, weil es im eigenen Arbeitsalltag als Aufgabe keinen so hohen Stellenwert hat.

RM2: Und wegen Zeitdruck.

RM4: Zeitdruck.

RM2: Ja, Zeitdruck. Und weil man möglicherweise auch zu wenig Erfahrung damit hat. Weil man es relativ selten machen muss, je nach Einsatzgebiet. Und dann die Erfahrung fehlt, was in den Fällen relevant ist, worauf man achten muss und wie man auch so diese Kausalkette der Todesursache möglicherweise bildet.

RM1: Vielleicht nicht genügend finanzieller Anreiz. Weil die Vergütung (...) ich weiß gar nicht (...) ist die schon verbessert worden? Also das mag bislang vielleicht auch ein Grund gewesen sein bislang.

RM4: Ich glaube, eher bei den Niedergelassenen. Bei den Krankenhausärzten ist das ja (...)

RM1: Die kriegen sowieso kein Extrageld.

RM4: Eben, also da ist es also bei den Krankenhausärzten wirklich auch irgendwie ein Zeitproblem.

RM1: Und vielleicht auch wirklich eine Aufgabe, wo man gar nicht richtig angeleitet wird im klinischen Alltag.

RM2: Und vielleicht auch ein fehlendes Verständnis für die möglichen Konsequenzen, wenn es nicht ordnungsgemäß durchgeführt wird. Oder eben falsch ausgefüllte Todesbescheinigungen, was das noch nach sich ziehen kann, wenn das eben auffällt.

I: Noch etwas? (...) Dann eine andere Frage: Wie schätzen Sie denn das Wissen ein in der Ärzteschaft? So im Allgemeinen zu Todesermittlungsverfahren oder überhaupt dazu? Wissen die Ärzte eigentlich was passiert, wenn sie das eine oder das andere ankreuzen?

RM2: Ich glaube, die wissen schon oder sollten sie zumindest wissen, dass sie die Kriminalpolizei informieren oder die Polizei informieren, wenn sie *ungeklärt* oder *nicht natürlich* ankreuzen. Ich glaube aber auch, dass sie Angst haben. Oder vielleicht auch manchmal einfach denken, wenn sie *nicht natürlich* oder *ungeklärt* ankreuzen, dass es automatisch ein Behandlungsfehlervorwurf dann gegen sie oder ihre Kollegen bedeutet. Was nicht unbedingt der Fall sein muss, so dass da das Verständnis, vielleicht das juristische Verständnis, nicht ganz so gegeben ist.

RM4: Also ich glaube, ein grobes Wissen ist schon da. Aber mir passiert das auch manchmal, dass wenn ich anrufe und einfach nur eine Frage zu meiner zweiten Leichenschau habe und die noch gar nicht angehalten habe, dass oft die Nachfrage aufkommt: „Ja, was ist denn jetzt bei der Obduktion rausgekommen?“ Also das habe ich schon, dass die (...) deswegen glaube ich, also ein grobes Verständnis ist schon da. Aber so ganz im Detail, dass es auch eigentlich nicht schlimm ist und nicht direkt jemand angeklagt wird, nur, weil man die Kripo informiert. Ich glaube, das ist selten.

RM1: Ich glaube auch, dass das Wissen nicht weit über das hinausgeht, was man selbst tun muss. Nämlich, in welchen Fällen muss ich die Polizei verständigen oder mal das Gesundheitsamt? Und ich glaube, das kann man ihnen aber auch gar nicht vorwerfen. Das kriegen sie vielleicht einmal im Studium gesagt, aber nur als Zusatzinformation. Das ist ja auch kein Prüfungsthema oder so. Und das verschwindet dann natürlich auch wieder aus dem Kopf.

I: Kann man daraus ableiten, dass der Stellenwert dieses Wissens im Studium eigentlich nicht groß genug ist? Sollte das Thema im Studium mehr behandelt werden?

RM2: Ich finde, das sollte vielleicht eher [auch] weitergegeben werden von dem Dienstältesten oder von den älteren an die jüngeren, neuen Kollegen: Die Relevanz der Leichenschau und welche Konsequenzen die mit sich führt. Dass das einfach im Alltag mehr eingebaut wird.

RM4: Genau. Ich finde, in der Lehre ist das eigentlich schon hier bei uns ja schon recht deutlich. Und naja, ich finde auch, das muss man dann halt in den ersten Jahren, wenn man Weiterbildungsassistent ist (...) dass es da vielleicht ein bisschen aktueller nochmal wird. Aber noch mehr im Studium würde ich da eigentlich nicht machen.

RM1: Ich glaube auch, da muss man die Kirche ein bisschen im Dorf lassen. Also das wird gelehrt, ich kann mich auch nur auf uns beziehen, in einem angemessenen Umfang. Und dann muss es aber halt auch später in die Kliniken transportiert werden. Und dafür sind halt die Kliniken, Stationen selbst für zuständig.

RM2: Auch die Ärzte fortzubilden, was Leichenschauen angeht, das muss ja die Klinik im Gesamten dann für sich entscheiden: Welchen Stellenwert geben wir dem? Und bieten wir Fortbildungen für die Ärzte an?

I: Wie sind da die Rückmeldungen von Ärzten? Wenn man anruft, hört man da häufiger: „Ja, wir hätten gerne mal eine Fortbildung dazu.“?

RM1: Ja. Manchmal kommt es auch reflexartig und man denkt: „Aha, da probiert jemand seinen internen Fortbildungskalender zu füllen.“ Wobei es auch oft genug ernst gemeint ist. Es ist schon so, dass die dann Interesse an dem Angebot haben, das es dann aber auch gibt. Wobei jetzt im Zweifelsfall nicht immer vor Ort Fort- und Weiterbildungen gehalten werden können, dann muss man halt ein bisschen reisen. Die gibt es schon und auf die verweisen wir auch gerne.

I: Wie ist es denn mit dem ärztlichen Wissen in Bezug auf rechtsmedizinische Inhalte? Also zum Beispiel zu den Todeszeichen oder auch zu Kausalketten der Todesursache? Haben sie da im Allgemeinen den Eindruck, dass da in der Ärzteschaft dieses Wissen vertreten ist? Ist natürlich immer schwer, so etwas zu verallgemeinern.

RM4: Ich glaube, Kausalketten sind halt so das Hauptproblem. Also weil da unterscheidet sich halt einfach die klinische Sicht. Also in der Klinik ist es ja wirklich so, dass man viel auch mit Verdachtsdiagnosen arbeitet, weil man ja einfach irgendwie mal anfangen muss zu behandeln. Und die sind ja auch gewohnt, dass verschiedene Eingriffe zum Beispiel oder verschiedene Therapien auch Komplikationen beinhalten und wie häufig die auftreten. Was jetzt für uns nicht so geläufig ist, wie oft irgendwelche Komplikationen auftreten. Ich glaube, das ist das Hauptproblem. Und solche Sachen, wie dass man mal vor Jahrzehnten gestürzt ist und seitdem zum Beispiel einen Hirnschaden hat. Und wenn man dann irgendwie stirbt, dass es halt, je nachdem woran man dann stirbt, dass es halt immer noch einen Zusammenhang haben kann. Also das ist, glaube ich, das Hauptproblem, ne?

RM2: Ich sehe auch oft das Problem, dass die Kausalkette für die Kliniker sicherlich nachvollziehbar ist oder von denen auch verstanden wird, aber dass sie es dann nicht schaffen, die auch für Dritte, für uns zum Beispiel, nachvollziehbar in die Todesbescheinigung zu schreiben. Also, dass meistens die aufeinanderfolgenden Krankheitsbilder nicht in der richtigen Reihenfolge, sondern durcheinander da drinstehen. Dass man sich zwar denken kann, es ist nachvollziehbar, aber so wie es dort steht, strenggenommen, eigentlich nicht. Aber man versteht meistens, was gemeint ist.

RM4: Ich glaube, das ergibt sich halt daraus, wenn die den einfach schon mehrere Tage oder Wochen behandelt haben. Dann hat man ja einfach so einen (...) ja, das stimmt.

RM2: Oft ist es einfach nur eine Auflistung von allen Erkrankungen, die die Person hatte. Und nicht unbedingt eine unmittelbare Todesursache, gefolgt von den Grunderkrankungen.

RM1: Also ich glaube, dass da schon rechtsmedizinisches Wissen da ist. Immer mehr. Vor allem bei der jüngeren Ärztegeneration, weil man halt die Rechtsmediziner auch so ein bisschen besser platziert hat im Studium. Aber halt nur ganz basal. Und das, finde ich, ist aber auch wieder nichts, was man ihnen vorwerfen könnte. Weil das ist ein kleiner Teil des Studiums und spielt halt die allermeiste Zeit tatsächlich nicht die große Rolle in ihrem Arbeitsalltag. Aber außer diesem einen Fall, den ich jetzt

schon mehrfach zitiert habe, mit diesem Hirntod, wäre mir zumindest bei den sicheren Todeszeichen (...) schießen sie nicht so viele grobe Böcke.

RM4: Das glaube ich auch nicht.

RM2: Manchmal fällt mir auf, dass z.B. nur die Totenstarre angekreuzt ist und nicht die Totenflecken, was in meinem Verständnis fast nicht sein kann. Weil die Totenflecken ja zuerst auftreten. Aber vielleicht ist (...) prüfen sie dann nur ein sicheres Todeszeichen und belassen es dann dabei. Das kann man nicht nachvollziehen im Nachhinein.

I: Ist es aus Ihrer Sicht so, dass die Leichenschau im Allgemeinen sorgfältig durchgeführt wird? Sind Sie damit zufrieden, wie die Leichenschau durchgeführt wird? Oder würden Sie eher sagen: „Könnte sorgfältiger gemacht werden.“

RM4: Man steht ja nicht daneben. Deswegen finde ich das ein bisschen schwierig. Weil man weiß ja nie genau: „Haben die den jetzt komplett entkleidet und in alle Körperöffnungen geguckt?“

RM2: Die Durchführung können wir gar nicht so richtig beurteilen. Wir können nur das, was auf dem Schein steht [beurteilen]. Und da muss ich sagen, dass ich mindestens in der Hälfte, wenn nicht sogar in mehr Fällen, das Gefühl habe, dass die Informationen, wenn sie auch nicht falsch sind, nicht so darinstehen wie es wirklich gedacht wäre.

RM1: Also ich würde es ein bisschen positiver formulieren. In der Hinsicht, dass ich finde, dass es sich über die Jahre durchaus gebessert hat. Also ich finde, da ist man auf einem ganz guten Weg. Da gibt es immer noch einiges zu tun, aber gerade so im Klinikbereich hat man sich hier und da wirklich auch mal des Themas angenommen. Das größte Problem ist wirklich immer noch bei den Niedergelassenen. Das haben wir schon ein paar Mal gesagt. Also, da muss noch mehr passieren.

I: Okay, das ist ein gutes Stichwort. Also, „Da muss was passieren“ klingt so nach Lösungsstrategien. Haben Sie Ideen, wie man das Leichenschausystem verbessern könnte? Oder sagen wir mal, wie man vielleicht erstmal die Durchführung der Leichenschau und das Ausfüllen der Todesbescheinigung verbessern könnte?

RM2: Ich glaube, es beginnt schon bei dem Aufbau des Leichenschauscheins oder der Todesbescheinigung an sich. Ich finde, da ist sehr viel Information von den Ärzten verlangt. Auszufüllen, anzukreuzen, was man vielleicht herunterbrechen könnte auf die wesentlichen Aspekte. Und vielleicht besser hervorheben, was denn wirklich die relevanten Punkte sind. Welche Felder nicht freigelassen werden dürfen. Ich glaube, der logische Aufbau dieser Todesbescheinigung wäre schon mal für manche dann ganz hilfreich.

RM1: Finanzieller Anreiz hilft. Ich denke mal, zumindest irgendwie die Information weitertragen, auch dass es Fortbildungsangebote gibt. Im Klinikbereich funktioniert das ganz gut. Aber so gerade bei den Niedergelassenen, also das merken wir selbst, die nehmen die Möglichkeiten kaum wahr. Ich kann mich nicht entsinnen, dass hier eine relevante Zahl an niedergelassenen Ärzten bei uns mal in der Fortbildung gewesen wäre.

RM4: Ich glaube, das ist einfach für die auch ein Zeitproblem. Weil die haben ja auch eine bestimmte Anzahl an Fortbildungen, die sie auch besuchen müssen. Und dann nehmen sie das für klinische Sachen, die für sie halt wichtiger sind.

RM1: Ja, nachvollziehbar. Ob man das System grundsätzlich auf links gekrempelt kriegt, da hängt dann immer so viel Geld dran. Daran scheitert das immer.

RM4: Aber ein einfach strukturierter Totenschein wäre ja vielleicht etwas.

I: Gibt es vielleicht noch weitere Anreize für Ärzte? Anreize, die die Aufgabe attraktiver machen würden? Also finanziell wurde schon gesagt.

RM1: Ich weiß nicht, inwiefern attraktiver machen?

RM4: Die meisten haben ja nicht so gerne Leichen. Deswegen glaube ich, ist es schon schwierig, gerade wenn die jetzt nicht mehr ganz frisch sind. Da weiß ich jetzt nicht so genau, wie man das attraktiver machen kann.

RM2: Man könnte natürlich so eine Art Leichenschauendienst, wie es den teilweise schon gibt, einführen. Aber dann müsste der auch wirklich, glaube ich, finanziell attraktiv sein. Dass das Ärzte tatsächlich auch machen wollen. Und wenn das welche machen, die das dann häufiger durchführen, dann wächst natürlich der Erfahrungsschatz auch. Vielleicht brauchen die Ärzte auch mehr Rückmeldung von Obduktionen, pathologischen und rechtsmedizinischen, was denn nun die tatsächliche Todesursache war. Dass sie einfach aus ihren Fehlern oder aus ihrer Einschätzung lernen können.

I: Kurz angesprochen wurde ja gerade schon der professionelle Leichenschauarzt. Wie schätzen Sie dieses System ein?

RM1: Ich hätte immer so ein bisschen Sorge, dass das (...) oder ich würde mich immer fragen: „Wer würde das am Ende tatsächlich machen wollen?“ Weil ich irgendwie das Gefühl habe, dass Ärztinnen und Ärzte, die gut und fest in einem Fachgebiet verankert sind, die dann eine Expertise haben und die da niedergelassen sind oder eine gute Stelle im Krankenhaus haben, dass die sich nicht unbedingt für so einen Dienst melden. Ich hätte die Sorge, dass sich da diejenigen melden, die halt anderweitig nicht unterkommen. Und da hätte ich dann schon wieder Sorgen bezüglich der Qualität der Leichenschauen.

RM2: Ja.

RM3: Also theoretisch eine gute Idee, aber an der praktischen Umsetzung wird es scheitern.

I: Und wenn es Ärzte machen würden, die qualifiziert sind, bei denen man sich jetzt keine Sorgen machen würde, wäre es dann etwas Gutes?

RM1: Das wäre gut. Das würde aber schon per se viel kosten, diese Ärzte zu trainieren, entsprechend vorzuhalten. Und wenn die das dann richtig machen, dann würde ich damit rechnen, dass es wohlmöglich noch mehr *ungeklärte* und *nicht natürliche* Todesfälle gibt. In der Folge noch mehr Ermittlungsverfahren, sehr viel großer Ermittlungsaufwand, weitere Obduktionen, Gutachten. Es würde unheimlich viele personelle und finanzielle Ressourcen noch brauchen, um auch diesen ganzen Rattenschwanz dann bewältigen zu können.

RM2: Schwierig ist natürlich, dass das dann in der Regel die Ärzte wären, die bei häuslich verstorbenen Personen keine Info erstmal hätten zu den Vorerkrankungen. Und dann sich diese erstmal beschaffen müssten beim Hausarzt. Was außerhalb der Arztpraxiszeiten dann wieder schwierig wird und das Ganze irgendwie verzögern würde, vielleicht.

I: Eine weitere Idee wäre, dass man für die Ärzte so eine Art Indikationskatalog macht, dass man also sagt: „Wenn dieser und jener Aspekt vorliegt, dann muss der Todesfall als *ungeklärt* oder *nicht natürlich* gemeldet werden.“ Also zum Beispiel, wenn eine Operation nicht länger her ist als 24 Stunden und keine andere offensichtliche Todesursache vorliegt. Wäre so etwas hilfreich?

RM4: So etwas, im Prinzip so ähnlich gibt es das ja schon. Weil immer wenn Leichenschau beschrieben wird, sind das ja auch immer so Beispiele. Deswegen weiß ich nicht.

I: Und wenn man das festschreiben würde?

RM4: Als Leitlinie, oder?

I: Ja.

RM2: Bestimmt hilfreich für den Einzelnen oder für den Leichenschauer. Aber in Einzelfällen natürlich immer abhängig von der individuellen Situation, so dass es vielleicht nicht so eine pauschale Leitlinie (...)

RM4: (...) es ist halt schwer. Es gibt natürlich Fälle, die sich ähneln, aber (...) schwierig.

RM1: Ich finde auch, dass so etwas nicht zu weit greifen darf. Weil es immer noch gewährleistet sein muss, dass jeder Fall für sich mit medizinischem Sachverstand beurteilt wird. Deshalb kann es nur so eine grobe Richtungsvorgabe geben, ohne im Detail tatsächlich für jeden denkbaren Fall ein Schema vorliegen zu haben.

I: Es gibt im Moment Bestrebungen, eine digitale Todesbescheinigung einzuführen. Denken Sie, dass das irgendetwas ändern würde, besser machen würde?

RM4: Ist die dann anders aufgebaut oder sieht die anders aus wie die andere?

I: Sagen wir erstmal, wenn sie so bleiben würde wie die Aktuelle?

RM4: Ich glaube, da ändert sich nichts. Weil es ist ja das Gleiche, nur digital.

RM3: Also, wenn es mit der digitalen Todesbescheinigung auch einen digitalen Krankenaktenzugriff gäbe, dann würde es wahrscheinlich zu einer ganz erheblichen Verbesserung der Leichenschauqualität führen. Aber ansonsten ist es nur digitales Papier.

RM2: Es wäre dann auch nur für die durchführbar, die im digitalen Zeitalter angekommen sind. Und für den alteingesessenen Hausarzt vermutlich nicht (...) oder möglicherweise nicht realisierbar, dann mit einem Tablet zur Leichenschau zu gehen. So dass es eine flächendeckende Einführung nicht möglich machen würde, denke ich.

RM4: Und dann ist ja auch die Frage, wie kommen wir dann an den Totenschein?

RM2: Wie wird das an die Behörden übermittelt. An die (...)

RM4: Im Krematorium geht das vielleicht noch. Aber wenn dann Auslandsüberführungen kommen, also hat der Bestatter das dann auf dem Handy, oder so?

RM1: Das würde halt auch nur ein paar Baustellen angehen und nicht alle. Man müsste sich immer noch die Leiche selber angucken. Und es müsste immer noch sorgfältig gemacht werden. Man wird nicht umhinkommen, auch mal schwierige Sachverhalte im Anschluss zu bewerten, dahingehend, „Was ist nun die Todesursache? Und wie ist dann die Todesart einzuordnen?“ Und das sind ja ganz wesentliche Probleme, die halt dadurch auch nicht gelöst würden.

RM2: Aber vielleicht könnte man digital, also in Form einer App beispielsweise für das Smartphone den Ärzten Hilfestellungen anbieten für die Leichenschau. Also: „Auf was muss ich achten? Bei welchen Befunden muss ich hellhörig werden? Wo kann ich mich hinwenden, wenn ich Nachfragen habe?“ Das wäre ein Lösungsansatz.

RM1: Schick könnte auch sein, dass man natürlich, wenn es digital gemacht wird, wohlmöglich auch besser die Daten desjenigen hinterlegen könnte, der die Leichenschau gemacht hat. So dass dann die Sucherei nach den Namen, den relevanten Telefonnummern vielleicht wegfallen würde.

RM2: Die generelle Lesbarkeit wäre natürlich verbessert.

RM1: Das stimmt.

RM2: Auch der Todesursache.

I: Und wenn man die Todesbescheinigung, ob jetzt digital oder in der ursprünglichen Form, verändern könnte, was würden Sie da ändern? Also „einfacher strukturiert“ hatten wir eben schon gesagt. Gibt es noch bestimmte Felder, die man ändern sollte?

RM2: Das hatten wir kurz angesprochen. Die Todesarten sollten besser voneinander getrennt werden, alle drei voneinander.

RM3: Man könnte einfach nur drei Felder *natürlich, unklar, nicht natürlich*.

RM1: Es gibt viele Felder auf der Todesbescheinigung, die nur für Spezialfälle da sind und nur dann zu beantworten sind, wenn das ein Fall im Krankenhaus war. Die da relativ unsortiert und dicht gedrängt auftauchen und halt dann gerade diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die das nicht so

häufig machen, auch einfach mal verwirren können. Weil sie denken, dass sie gezwungen sind, überall einen Eintrag zu machen.

RM3: Auch das Feld, das Kreuz „nein“ bei „Polizei unterrichtet“, bei *unklarer* und *nicht natürlicher* Todesart und ungeklärter Identität (...) Das Feld „nein“ kann man ersatzlos streichen, weil die ja zwingend zu informieren ist, die Polizei. Die Leute kreuzen „nein“ an und denken, es ist okay. Man könnte auch noch (...)

RM2: Das Feld, ob eine Obduktion die Todesursache bestätigt oder ob eine Obduktion überhaupt durchgeführt wurde, ist mir auch nicht ersichtlich. Weil die Leichenschau ja in fast allen Fällen, würde ich sagen, vor einer möglichen Obduktion durchgeführt wird.

RM1: Hoffentlich.

RM3: Und auch mit den Hinweisen auf Infektionskrankheiten, wo jedes Mal „MRSA“ steht, was ja eigentlich uninteressant ist. Da sollte man einfach die vier, fünf relevanten Erkrankungen auflisten und die kann man dann ankreuzen. Dann spart man sich Mundschutz und Kittel in hunderten MRSA-Fällen jedes Jahr, also der Bestatter zumindest.

RM2: Überhaupt, die Felder zu den Infektionskrankheiten finde ich auch unglücklich formuliert. Also manchmal ist einfach bei „Hinweis auf Infektionskrankheit“ ist nur angekreuzt „ja“, aber dann nichts weiter ausgefüllt. Dann weiß man gar nicht, ist das jetzt was Relevantes oder ist es VRE?

RM1: Die [Felder] sind auch so groß. Die sind fast so groß wie die Epikrise. Und ich kann mir keine Leiche vorstellen, wo ich die ganz nutzen müsste.

I: Dann würde mich noch interessieren, ob man vielleicht dieses Feld mit der Kausalkette und dann der Epikrise (...) ob Sie das irgendwie anders strukturieren würden, um es einfacher zu machen?

RM4: Man kann es vielleicht umdrehen, dass man es von oben nach unten schreibt. Weil das so das Typische ist, was man eigentlich so macht. Also gut, manche schreiben auch von oben nach unten einfach durch. Aber es ist halt die Frage, ob es wirklich so diese einzelnen Felder sein müssen.

RM2: Also ich weiß das auch aus anderen Bundesländern, dass das Feld Epikrise da teilweise gar nicht auftaucht. So dass das schon gut ist, dass es das hier gibt. Weil man einfach mehr Informationen noch unterbringt, aber von der Reihenfolge oder vom Aufbau (...)

RM1: Also ich finde auch, dass das Umdrehen tatsächlich (...) das ist zwar nur ein kleiner Unterschied, aber ich finde auch jedes Mal, dass da das Pferd von hinten aufgezäumt wird. Und das muss man sich dann erstmal bewusstmachen, wenn man das nicht so häufig ausfüllt. Und das genau so dann zu tun, wie es eigentlich vorgesehen ist. Ansonsten (...) die Epikrise kann als Feld auch größer werden. Ich freue mich immer, wenn da was steht.

RM2: Wenn es lesbar ist.

I: Ich glaube, zu der Todesbescheinigung haben wir jetzt alles gesagt. Oder sollte sich da noch irgendetwas ändern? (...) Okay, wie ist es mit dem System der zweiten Leichenschau? Sehen Sie da Änderungsbedarf? Entweder am Ablauf oder auch an den Fällen, die untersucht werden? Man könnte ja auch sagen: „Es sollten weniger untersucht werden oder mehr.“

RM4: Ich finde es eigentlich ganz gut.

RM3: Es ist natürlich ein Irrglaube, dass man davon ausgeht, dass wenn eine Leiche erdbestattet wird, dass man die jederzeit exhumieren kann und die Befunde noch wie zu Lebzeiten erhält. Insofern würde ich die durchaus auch in die zweite Leichenschau einbeziehen. Und ich würde die eigentlich für alle empfehlen, und nicht nur für Feuerbestattung und Ausland.

I: Auch nur bei *natürlichen* Todesfällen oder auch bei *nicht natürlichen* und *ungeklärten* dann noch mal eine Leichenschau?

RM3: Sobald es ein Ermittlungsverfahren gab, glaube ich, braucht man das nicht. Aber ich würde es wirklich sonst für alle Fälle empfehlen. Ich bin mir ziemlich sicher, dass man da noch einiges rausfischen würde.

I: [Gibt es] ansonsten noch irgendwas bei der zweiten Leichenschau, was sich ändern sollte?

RM2: Es sind natürlich sehr viele Fälle, gerade wenn zum Beispiel die Erdbestattungen hinzukämen. Dann wären das ja massiv viele Fälle. Und dann ist die Zeit auch sehr begrenzt, die man zur Verfügung hat, um so eine zweite Leichenschau durchzuführen. So dass da wieder die Gefahr besteht, dass es möglicherweise zu oberflächlich gemacht wird. Und dann wiederum Fälle nicht auffallen, die unter Umständen falsch klassifiziert wurden. Aber das könnte man nur durch einen größeren Pool an Ärzten lösen, die dann eben zweite Leichenschauen durchführen.

RM1: Da müssten dann in rechtsmedizinischen Instituten mehr Stellen geschaffen werden.

I: Okay, noch etwas?

RM1: Ansonsten, finde ich, klappt das eigentlich ganz gut. Also hier und da hatten wir mal ein Problem, dass vielleicht das eine oder andere Standesamt den Totenschein nicht rausrücken will. Aber das ist eigentlich auch selten. Also das ist eigentlich so vom Prozedere ganz gut eingespielt. Wobei es ja überall anders organisiert ist. Da kann ich jetzt nur für uns sprechen.

RM2: Ja. Ich weiß nicht, wie das in Städten oder Bezirken oder Bundesländern ist, wo die zweite Leichenschau nicht von Rechtsmedizinern durchgeführt wird. Wie gut dann da die Qualität ist. Oder wie gut die beurteilen können, welche Fälle möglicherweise angehalten werden sollten. Das können wir nicht beurteilen.

I: Gibt es denn noch irgendetwas hinzuzufügen bezüglich der ersten Leichenschau? Irgendetwas, was noch geändert werden sollte oder etwas, was wir einfach noch nicht gesagt haben?

RM4: Nein, ich glaube, wir haben alles.

I: Okay, dann sind wir fertig.

## Interviewtranskript KriminalpolizistInnen

I: Dann würde ich Sie bitten, sich einmal kurz vorzustellen und zu erklären, in welcher Form Sie mit ärztlichen Leichenschauen bzw. mit Todesbescheinigungen zu tun haben.

K1: Mein Name ist [Name], ich arbeite für [Arbeitgeber]. Ich bin dort Kriminalbeamter und betreibe Todesermittlungsverfahren und im Rahmen dieser Todesermittlungsverfahren habe ich natürlich auch mit Leichenschauen, Todesermittlungsverfahren und Todesbescheinigungen zu tun.

K2: Mein Name ist [Name]. Ich bin [Funktion] und daher auch tagtäglich mit Leichensachen beschäftigt, im Rahmen meiner Dienst- und Fachaufsicht.

K3: Mein Name ist [Name]. Ich bin seit [Jahr] bei [Arbeitgeber], bin dahingehend seit [Jahr] ständig rund um die Uhr mit Leichenschauen beschäftigt gewesen bzw. habe ich mit zu tun.

I: Dann gehen wir direkt auf die Probleme bei der ärztlichen Leichenschau ein. Und zwar würde ich gerne als erstes Thema die Leichenschau in Krankenhäusern besprechen. Was fallen Ihnen spontan für Hauptprobleme ein, die man da als Kriminalbeamter hat?

K2: Zunächst einmal habe ich festgestellt, dass in unserem Bereich etwa 30% unserer Todesermittlungsverfahren aus Kliniken kommen. In der Regel deshalb, weil Sturzgeschehen vorgelegen haben oder eben Personen kurz nach Operationen verstorben sind. Das Ausfüllen der Todesbescheinigungen in Krankenhäusern ist, so denke ich, aufgrund der hohen Fluktuation der Ärzte oftmals mangelhaft. Es wird überhaupt nicht erkannt (...) der Unterschied zwischen Todesart, Todesursache und viele Ärzte wissen gar nicht, warum und weshalb sie einen ungeklärten Tod bescheinigen sollen oder müssen. Und oftmals auch nur aufgrund von Anweisungen der Klinik oder ihrer Vorgesetzten einen ungeklärten Tod bescheinigen.

K1: Die Erfahrung haben wir in [Stadt] auch gemacht, insbesondere mit [Klinikname] muss man sagen halt, wo die Zahlen sehr stark nach oben gegangen sind. Insbesondere die Todesbescheinigung ungeklärter Art nach Operationen, wo offiziell keine Anweisung besteht, aber die Erfahrung vor Ort zeigt, wenn es eine Operation gegeben hat, also einen Eingriff in den Körper, wird eigentlich per se ein ungeklärter Tod bescheinigt. Und ich habe mit Ärzten persönlich schon gesprochen, die gesagt haben: „Ja, ich sehe das auch als natürliche Todesart an, aber ich bin angehalten worden, da eine ungeklärte Todesart zu bescheinigen.“

K3: Das kann ich nur bestätigen, dass die Ärzte sich eben nur nach oben, also die Stationsärzte sich nach oben versichern wollen und meistens auch eben der Spruch kommt: „Mein Oberarzt hat gesagt, dass ich ungeklärt bescheinigen soll.“ Zumal auch mit den Operationen, das haben wir auch in [Stadt] sehr oft. Wir hatten gestern noch einen Fall, da ist sogar nach drei Monaten (...) also vor drei Monaten war die Operation (...) und er ist nach drei Monaten eigentlich medizinisch verstorben und selbst da hat der Arzt gesagt: „Laut Dienstanweisung muss ich einen ungeklärten Tod bescheinigen.“

I: Sie sind ja alle schon sehr berufserfahren. Ist Ihnen da in der Vergangenheit ein Umdenken aufgefallen, war das früher mal anders?

K1: Definitiv. Es war ganz anders. Gefühlt, ohne dass ich jetzt Zahlen aufweisen könnte, ist es in [Stadt] so, insbesondere mit der [Klinik]. Vielleicht seit zwei oder drei Jahren ist das so. Ich kann mich daran erinnern, dass ich auch mit Ärzten gesprochen habe, die gesagt haben: „Es gibt so (...)“. Ich glaube, das Wort *Qualitätsmanagement* ist gefallen. Halt [eine] neue Art; wer auch immer das eingebracht haben mag, ob es Mediziner waren oder betriebswirtschaftliche Leute, das weiß ich nicht ganz genau. Und gefühlt ist es seit dem Zeitpunkt halt ganz deutlich nach oben angestiegen. Das geben die Zahlen auch wieder, ohne dass ich die jetzt nennen könnte.

K2: Zu den Zahlen kann ich vielleicht für unseren Bereich etwas sagen, weil diese seit 2007, zumindest was die Krankenhäuser anbetrifft, von etwa 12% auf etwa 30% gestiegen sind. Das

bedeutet nicht automatisch, dass die Steigerungen aufgrund einer Verhaltensänderung in den Krankenhäusern ursächlich sind. Ich glaube auch, dass ein Teil der Steigerungsraten dadurch hervorgerufen wird, dass sich natürlich die demografische Entwicklung in unserer Bevölkerung verändert hat, wir viele ältere Menschen haben und aufgrund der Sturzgeschehen, die vor einem Tod vorgelegen haben, dadurch ungeklärte Todesarten bescheinigt werden und so, meine ich, auch bescheinigt werden müssen. Zweites Kriterium: Es gibt auch Rechtsmediziner, die die Meinung vertreten, wenn Personen im Krankenhaus versterben, kann das eigentlich kein natürlicher Tod sein, weil ja immer irgendjemand, auch ein Mediziner, auf diesen Menschen eingewirkt hat. Der Meinung bin ich nicht, aber wenn es diese Personen gibt, die diese Meinung vertreten, kann das natürlich auch ein Grund sein, dass vielleicht auch so etwas in der Lehre vertreten wird und sich dadurch natürlich auch die Einstellungen in den Krankenhäusern bei den Krankenhausärzten und auch im Qualitätsmanagement eines Krankenhauses ändern können.

K3: Nochmal zurück auf die Frage, die Sie vorher gestellt haben. Also wir haben sogar in unserem Bereich Krankenhäuser, wo man vor drei Jahren eigentlich gar keinen ungeklärten Tod hatte oder kaum und dies erst in den letzten drei Jahren so gekommen ist, dass man halt hin und wieder einen ungeklärten Tod bescheinigt hat. Im Gegensatz zu anderen Krankenhäusern, wo man schon seit 10 oder 15 Jahren, solange wie ich das mache, eigentlich immer einen ungeklärten Tod dabei hatte. Sicherlich differenzierter in Bezug auf Operationen, weil wie gesagt, der [Teilnehmer K1] hat gesagt, dass auch nach den OP's da oftmals dann der ungeklärte Tod bescheinigt wird. Und das war früher eigentlich nicht so. Das war eigentlich eher so die Sache mit Sturzgeschehen und dann Fraktur und meistens danach verstorben.

I: Da höre ich raus, dass es auch unterschiedliche Lehrmeinungen gibt an verschiedenen Krankenhäusern, oder? Worauf würden sie das zurückführen, dass das so unterschiedlich ist?

K3: Ich denke mal, da ich persönlich einen Intensivpfleger kenne und wir mal so flapsig darüber gesprochen haben. Da hat der auch gesagt: „Sowieso, der ist doch bei uns im Krankenhaus, der hat eine Krankheit gehabt und ist dann verstorben. Was ist denn daran ungeklärt?“ Also, dass da auch noch Meinungen sind, ob die jetzt halt, ob die gut sind, die vertreten werden (...) und wenn der bei uns im Krankenhaus ist und dann nach einer gewissen Phase, ob Sturzgeschehen oder nicht, aufgrund einer Lungenembolie oder irgendwas verstirbt, dass es ganz natürlich ist...in Anführungszeichen (...) was die dann auch so argumentieren.

K2: Ich glaube, dass es natürlich von der Krankenhausführung abhängig ist, wie so etwas bewertet wird und wie häufig dann *ungeklärte* Todesarten bescheinigt werden. Wenn die Vorgaben da sind, insbesondere gegenüber den jungen Ärzten, dann erfährt man natürlich eine Steigerung. Ich glaube, wir haben in [Stadt] ein Krankenhaus, da ist es schon auffällig, dass fast jeder Tod dort oder der Tod nach einer Operation, als *ungeklärt* bescheinigt wird.

K3: Würde ich auch sagen.

K1: Es gilt für [Stadt] für die [Klinik]. Das muss man sagen. Insbesondere für die operativen Zentren. Andere Kliniken in [Stadt], die ja auch groß sind, da sind wir ganz selten halt mit einem *ungeklärten* Tod [konfrontiert].

I: Das waren jetzt eigentlich fast alle Probleme, die die Todesart, also die Klassifikation der Todesart, betreffen. Gibt es das denn auch andersrum, dass *natürliche Tode* bescheinigt werden, die aber eigentlich *nicht natürlich* sind?

K1: Das Problem gibt es ja immer schon, seitdem es bescheinigt wird, gibt es diese Problematik. Von meiner Erfahrung her, hat es sich jetzt nicht verändert in der Zahl oder an der Häufigkeit. Ich glaube, es wird immer wieder so sein, dass jemand es nicht erkennt, dass ein Sturzgeschehen und danach, vielleicht die Woche später, Oberschenkelhalsbruch, Lungenembolie, der klassische Verlauf, dass dann durchaus halt angebracht ist, einen *ungeklärten* oder vielleicht auch Hinweise auf einen *nicht*

*natürlichen* Tod zu bescheinigen. Das wird man immer mal haben, aber eine Steigerung habe ich jetzt nicht so erkannt, muss ich jetzt sagen.

K2: Kann ich also auch nicht sagen, dass da eine Steigerung vorhanden ist. Vielleicht ein wenig, wenn man eine Steigerungsrate feststellt, ich kann das jetzt nicht an Zahlen festmachen. Dann kann es daran liegen, dass natürlich die Anzahl der Kremierungen doch erheblich zunimmt. Die soll mittlerweile bei etwa 70% liegen. Dadurch [gibt es] natürlich mehr zweite Leichenschauen und vielleicht dadurch auch die Steigerung von sogenannten Krematoriumsleichen, die angehalten werden. In der Regel sind wirklich die Krematoriumsleichen die, die aus Krankenhäusern kommen und wo wirklich das Sturzgeschehen eine Rolle gespielt hat.

I: Gibt es neben der Klassifikation der Todesart noch weitere Probleme, die häufig vorkommen?

K1: In Krankenhäuser jetzt?

I: Genau. In den Krankenhäusern.

K1: Ich finde, was häufig vorkommt ist, dass wenn wir dann halt kommen, um das Verfahren zu betreiben und die Sachen aufzunehmen, gar kein Ansprechpartner mehr da ist, der uns was sagen kann. Sondern vielleicht hat die Belegschaft schon wieder gewechselt oder derjenige, der den Tod bescheinigt hat, ist ganz anders wieder gebunden. Dann kommt ein Dritter hinzu, der auch nur aus der Krankenakte vortragen kann, wenn er sie denn dabei hat oder nur rudimentär etwas sagen kann. Also es ist schon relativ (...) nicht häufig (...) aber es kommt schon vor, dass da der Informationsfluss echt schlecht ist.

K2: Mir ist bekannt, dass polizeilicherseits die sogenannten Krankenhausleichen unterschiedlich bearbeitet werden. Während es in Behörden, wie auch in meiner Behörde, so ist, dass noch tatsächlich Beamte ins Krankenhaus geschickt werden, ist es in einigen Behörden so, dass lediglich ein Bericht und der Totenschein übermittelt werden und die Polizeibeamten gar nicht mehr vor Ort ermitteln, sondern lediglich aufgrund der Aktenlage, die übermittelt wird seitens der Krankenhäuser, weitere Ermittlungen durchführen.

K3: Also ich habe noch was zu sagen. Oftmals hat man jetzt sogar das Problem, dass man sich gar nicht mit dem Arzt verständigen kann, weil der Arzt gar nicht im Stande ist, sich in Deutsch zu äußern. Und das wird natürlich dann sehr schwierig darüber zu sprechen, wie der Krankheitsverlauf ist. Es geht sogar manchmal bis dahin, dass die Ärzte paradoxerweise sagen: „Ja, ich habe aber eine Schweigepflicht und ich darf Ihnen gar nichts sagen.“ Also da dreht sich irgendwie alles im Kreis. Die rufen uns an und müssen ja irgendwas berichten. Und das ist ja folglich auch, dass die Krankengeschichte erzählt wird, oder das, was geschehen ist und was für den Tod ursächlich ist. Also dann zu sagen: „Ich weiß aber nicht, ob ich Ihnen da was zu sagen darf.“ halte ich auch für sehr fehlerhaft.

I: Denken Sie, dass da Unsicherheiten bestehen bezüglich der rechtlichen Pflichten der Ärzte, also dass die Ärzte gar nicht so genau wissen, wo ihre Schweigepflicht gilt?

K3: Ich denke auch, dass, ob es im Krankenhaus ist oder auch draußen, dass da eine Unkenntnis darüber herrscht. Bei Todesermittlungsverfahren. `Was sage ich, was sage ich nicht? Darf ich überhaupt was sagen`? Und ich denke, es scheint so, auf jeden Fall, dass da eine gewisse Unwissenheit besteht.

K2: Das Unwissen ist mit Sicherheit da. Ich kann das daran belegen, dass wir in unserem Zuständigkeitsbereich mindestens einmal im Jahr, entweder auf Eigeninitiative oder durch Anforderung in Krankenhäusern, Schulungsmaßnahmen durchführen, was das Ausfüllen von Todesbescheinigungen betrifft. Das machen wir mit drei Personen, und zwar einem Vertreter bzw. dem Leiter des Gesundheitsamtes, einem Rechtsmediziner und einem Kriminalbeamten, wo das Todesermittlungsverfahren und das Ausfüllen (...) die Anforderungen an das Ausfüllen einer

Todesbescheinigung (...) und die Erläuterung „Was ist ein natürlicher Tod? Was ist ein ungeklärter Tod?“ aus der jeweiligen Sicht dargestellt wird. Sprich, aus der Sicht des Gesundheitsamtes, aus der Sicht der Rechtsmedizin (...) und dem korrekten Ausfüllen der Todesbescheinigung und den Anforderungen, die die Polizei an die Todesbescheinigung stellt bzw. die Erläuterung des gesamten Todesermittlungsverfahrens. Diese Schulungsmaßnahmen werden von den Ärzten in den Krankenhäusern sehr gerne angenommen und man erkennt an diesen Schulungen auch die Unsicherheit, die bei den Ärzten besteht. Da wird aber dann auch deutlich in den Diskussionen, wie die einzelnen Krankenhäuser arbeiten. Nämlich, was ich eben schon erwähnt habe, dass die Krankenhausführung bei bestimmten Sachverhalten Vorgaben macht, die die Ärzte dann zu erfüllen haben.

I: Ja, ich würde gerne noch mal nachfragen: In welcher Hinsicht bestehen Unsicherheiten, aus Ihrer Perspektive?

K2: Das fängt damit an, dass Ärzte, oftmals junge Ärzte, noch nie eine Todesbescheinigung so richtig ausgefüllt haben, gar nicht wissen, wie man die ausfüllt. Das fängt schon bei einfachen Dingen an: Wann gilt eine Person als identifiziert? Und das setzt sich eigentlich in der gesamten Todesbescheinigung fort. Die Feststellung, die ich auch gemacht habe, ist, dass die wenigsten Ärzte sich einmal die Ausfüllanleitung einer Todesbescheinigung anschauen. Das ist natürlich mühselig zu lesen und ist auch nicht so einfach, aber da steht schon eine ganze Menge drin. Und die eine oder andere Frage wird da schon beantwortet.

K1: Ich habe die Erfahrung gemacht, dass die Ärzte sehr unwissend sind, was denn so ein Todesermittlungsverfahren bedeutet, was dann noch so alles gemacht wird. Die gleichen Schulungen machen wir halt auch hier zum Teil in den Krankenhäusern. Und dann gucken die mit solchen Augen: „Und das wird alles noch gemacht? Und die Angehörigen werden befragt und alles? Und Sie machen auch noch mal eine Leichenschau? Und dann muss man so viel schreiben und so?“ Da sind die sehr überrascht. Das ist denen gar nicht bewusst, was das noch alles bedeutet. Welche Rechtsfolge das hat, wenn man halt so bescheinigt.

I: Ist aus Ihrer Erfahrung denn den meisten Ärzten bekannt, dass die Schuldfrage und die Frage eines *nicht natürlichen* oder *natürlichen* Todes entkoppelt sind?

K2: Also bei den Veranstaltungen kommen diese Fragen natürlich auch immer auf. Was könnte man mir als Arzt vorwerfen, in einem solchen Verfahren, wo ich möglicherweise einen ärztlichen Kunstfehler begangen habe. Ich versuche dem Ganzen dann so zu begegnen, den Ärzten zu sagen, dass es aus meinem Erfahrungswissen her in den seltensten Fällen tatsächlich - zumindest zu strafrechtlichen - Anklagen in diesem Bereich gekommen ist. Da muss man schon wirklich sehr, sehr grob fahrlässig gehandelt haben. Zu den zivilrechtlichen Auswirkungen kann ich natürlich keine Aussagen treffen, inwieweit es da zu Vereinbarungen zwischen Patienten und Angehörigen und dem Krankenhaus kommt.

K3: Es ist auch noch ein Part, wo die Ärzte oftmals vorausschicken, oder den Angehörigen vorausschicken. „Wenn die Polizei kommt, wird der obduziert.“ Da haben die ein ganz festes Bild und sagen: „Ja gut, ich weiß ja jetzt nicht, woran der genau gestorben ist. Und die Polizei kommt und die obduziert ja die Person und dann werden wir das erfahren.“ Das ist manchmal so auch getrennt, dass die Ärzte sagen: „Wir können ja auch eine Obduktion machen.“ Das ist ja die [klinische] Sektion, die die dann machen. Das wird so ein bisschen (...) mit den Angehörigen (...) manchmal vermischt. Und die Angehörigen spiegeln das wider und haben das gar nicht richtig verstanden. Aber Fakt ist, dass viele Ärzte sagen: „Ja gut, wenn die Polizei kommt, dann wird der ja eigentlich obduziert.“ Obwohl jetzt in der Vergangenheit, in der jüngeren Vergangenheit, oftmals die Ärzte sagen: „Ich glaube, die machen da gar nichts mehr.“ Weil sich da irgendwie etwas herumgesprochen hat oder die Informationen einfach mal mehr geflossen sind. Bedingt vielleicht auch durch die Schulungen an den Krankenhäusern.

I: Haben Sie denn den Eindruck, dass das befürwortet wird von den Ärzten, dass obduziert wird? Oder gibt es da eher eine ablehnende Haltung? Oder ganz unterschiedlich?

K3: Ich habe das Gefühl, dass die Ärzte sich erhoffen (...) oder quasi (...) entbunden werden von ihrer Verantwortung. Dass das belegt wird, dass sie eben nicht schuld waren. Da sind wir eben bei der Diskussion von vorher. Dass sie sagen können: „Ah, das ist irgendwas Medizinisches gewesen. Da konnte ich jetzt nichts zu, und das ist nicht mein Fehler.“ Ich denke [es geht um] diese Gewissheit, die Angehörige auch immer in Todesermittlungsverfahren haben wollen, durch diese Obduktion zu sagen, dass letztendlich die Ursache das und das war. Und dass es eben kein Verschulden seitens des Arztes gewesen ist. Das ist für die, glaube ich, wichtiger. Und erscheint auch so.

I: Und kommt das auch vor, dass Ärzte bei Ihnen noch mal anrufen und nachfragen, was denn daraus geworden ist?

K2: Ja, das kommt immer wieder vor. Zum einen (...) da geht es manchmal gar nicht um diese Schuldfrage, sondern vielmehr um das eigentliche Ergebnis, was wir ermittelt haben. Auch bei den Ärzten. Weil sie teilweise auch meinen, wir würden auch jede Leiche aus dem Krankenhaus obduzieren. Da ist das medizinische Interesse auch groß: Was ist denn nun wirklich gewesen? Um das vielleicht auch für spätere Fälle dann nutzen zu können, wenn bestimmte Symptome erscheinen. Das ist, so ist mein Eindruck, bei den Ärzten so. Was die praktische Umsetzung betrifft, eines Todesermittlungsverfahrens aus dem Krankenhaus, muss man natürlich sagen: Wenn nicht irgendwelche offensichtlichen Mängel aus der Schriftlage bekannt werden, kann man das ja als Kriminalbeamter und Nichtmediziner überhaupt nicht richtig beurteilen. Insofern ist es ja auch nicht so, dass wir aus dem Krankenhaus jede Leiche obduzieren lassen, sondern wirklich nur, wenn offensichtliche Mängel da sind. In der Regel werden die auch kommuniziert durch die Angehörigen. Und erst wenn die, das ist der Regelfall, irgendwelche Zweifel hegen an den ärztlichen Behandlungsmethoden, dann erfolgt auch die Obduktion. Denn sonst könnten wir auch das als Polizei gar nicht leisten, jeden Leichnam aus dem Krankenhaus obduzieren zu lassen.

I: Wenn die Ärzte bei Ihnen nachfragen, was bei der Obduktion rausgekommen ist, ist es dann im Regelfall möglich, denen diese Auskunft auch zu geben? Oder ist es häufiger der Fall, dass man es gar nicht mitteilen darf?

K1: Also nach meiner Erfahrung (...) ich habe es fast immer mitgeteilt. Und meistens ist es auch das medizinische Interesse, was die Ärzte nachfragen lässt: „Was ist denn jetzt wirklich Ursache gewesen? Und was müssen wir vielleicht nächstes Mal anders machen, um das Leben zu retten oder anders behandeln zu können?“ Ich habe bis jetzt noch nie Probleme gehabt, das mitzuteilen. Wenn einer da im Fokus steht, und es tatsächlich (...) dann muss man natürlich Schweigen bewahren. Das ist klar. Die Erfahrung ist ganz, ganz selten.

I: Und wie wird das dann aufgenommen, wenn man das Ergebnis mitteilt?

K1: Das wird sehr positiv natürlich aufgenommen. Ich bin da persönlich auch sehr offen, mache das auch ganz gerne, wenn wir obduzieren, was passiert ist. Aber [dass] die verwechseln oft eine rechtsmedizinische Obduktion mit einer medizinischen Sektion, wo man genauer medizinisch guckt (...) und sie manchmal ein bisschen enttäuscht sind, dass wir dann gar nicht alles rausgefunden haben. Wenn ich immer nur sage: „Ja, wir haben ja keinen Hinweis auf irgendwas strafrechtlich Relevantes und mehr kann ich Ihnen nicht sagen.“ „Warum haben sie denn nicht das und das und das noch gemacht?“ Weil es rechtsmedizinisch und vom Strafrechtlichen her auch nicht interessiert.

I: Was gerade noch so ein bisschen anklang war, dass die Angehörigen häufig Vorwürfe erheben oder den Fall überhaupt erst der Kriminalpolizei melden. Gibt es da auch Gründe im Krankenhaus dafür, also Gründe, die die Angehörigen dazu bringen, das zu tun? Ich denke jetzt z.B. an unzureichende Kommunikation der Krankengeschichte des Verstorbenen.

K2: Ich glaube es sind grundsätzliche Probleme, die in den Krankenhäusern auftreten. Meine Meinung dazu ist, dass wenn man das selber mal erlebt in den Krankenhäusern, sind das mittlerweile Wirtschaftsunternehmen, die unter großem Personalmangel wirtschaften, wobei die Pflege auch in den ein oder anderen Fällen aufgrund des Personalmangels und Personalknappheit zurückgestellt ist. Und das veranlasst dann die Angehörigen aus ihren Eindrücken, die die aus dem Krankenhaus gewinnen, entsprechend zu sagen: „Da ist irgendetwas schiefgelaufen.“ Es kann natürlich Kommunikation in vielerlei Hinsicht sein. Kommunikation einmal, weil die Zeit dafür nicht da ist, dass Angehörige mit den Ärzten sprechen können. Und das zweite Kriterium, das kann durchaus die Sprachbarriere sein. Weil (...) wir hatten das eben schon mal erwähnt (...) dass in Krankenhäusern immer mehr Kräfte aus anderen Ländern tätig sind, die die deutsche Sprache auch nicht so gut beherrschen, dass sie auch mit den Patienten und auch mit den Angehörigen entsprechend kommunizieren können. Und dabei kann es natürlich gerade in dem Bereich zu Missverständnissen kommen, was Angehörige dazu veranlasst, auch Vorwürfe gegen die Ärzte und gegen das Krankenhaus zu erheben.

K3: Bei den Todesermittlungen hört man auch schon mal, dass einer im Krankenhaus gestürzt ist und die Angehörigen widerspiegeln: „Die haben sich gar nicht um den gekümmert. Der hatte wohl geklingelt.“ Das ist einmal dann wohl subjektiv durch den Patienten geäußert (...) und manchmal ist es aber so, dass sogar der Patient aus dem Zimmer heraus angerufen hat. `Da kommt keiner` und so. Also, es sind schon Verhältnisse (...). Ich denke mal, die Verhältnisse sind eigentlich schon schlimmer geworden. Bedingt auch eben [dadurch], dass es ein Wirtschaftsunternehmen ist und dass alles heruntergebrochen wird auf jeden Euro und teilweise Pflegestationen nur noch mit einer Kraft in der Nacht arbeiten. Und da bleibt dann die gestürzte ältere Dame oder der Herr mal liegen oder erbricht sogar (...) und das Erbrochene (...) man kann da jetzt noch weiter draufsetzen, dass er später an dem Erbrochenen erstickt ist, dass es da doch zu Gefahren kommt. Und das [ist], meine ich, in den letzten Jahren auch mehr geworden ist. Gerade auch im Pflegestand. Und dann ist noch zusätzlich vielleicht ein Arzt für drei Stationen zuständig, der noch nicht mal sein Gebiet hat, wo er dann die Bereitschaft macht.

I: Kommt es in dem Zusammenhang auch oft vor, dass die Ärzte, die den Tod bescheinigt haben, sagen: „Ich kannte den Patienten gar nicht. Ich hatte keinerlei Informationen dazu.“?

K1: Ja, ist wirklich häufig.

K2: Die Kenntnisse beziehen sich dann auf die Krankenakte. Der Patient ist nicht bekannt. Und in dem Zusammenhang vielleicht noch einmal so ein Vergleich. Bei mir entsteht der Eindruck, in Krankenhäusern gilt der Grundsatz: „Dokumentation vor Kommunikation“. Es wird weniger mit den Patienten gesprochen und viel mehr vorgegeben, alle Schritte entsprechend zu dokumentieren. Dadurch bleibt natürlich wesentlich weniger Zeit, um mit den Patienten und Angehörigen zu kommunizieren.

I: Ok, eine Frage noch zum Klinikbereich. Und zwar: Angenommen, bei einem Eingriff, z.B. bei einer Operation, verwirklicht sich ein eingriffübliches Risiko, das also ganz üblich für diesen Eingriff ist. Und der Patient wurde auch im Vorfeld darüber aufgeklärt. Da gibt es ja ganz unterschiedliche Lehrmeinungen, ob das als *natürlicher* oder *nicht natürlicher* Tod zu werten ist. Wie würden Sie das einordnen?

K3: Zunächst mal ist es sehr schwierig. Grundsätzlich würde ich sagen, wenn ein Risikofaktor eingetreten ist, der kommuniziert worden ist und unterschrieben worden ist, dann ist es ein natürlicher Tod. Jetzt kann man natürlich im Nachgang die Frage stellen: „Wenn der Arzt kein Deutsch spricht, fragt man sich, wie hat er überhaupt denjenigen darüber aufgeklärt?“ Zweitens: „Diese Komplikation, die eingetreten ist, ist die wirklich mit dem Patienten besprochen worden oder ist andersherum mit dem Patienten besprochen worden, dass er ein Risikopatient ist oder hat man das gar nicht erkannt oder hat man das gar nicht kommuniziert?“ Also ich denke mal, es sind viele Faktoren, die da eine Rolle spielen und viele Fehlerquellen, die da eintreten könnten. Grundsätzlich stehe ich also zu der

Meinung, wenn man also über Risikofaktoren aufgeklärt hat, das niedergelegt hat und dieser Risikofaktor dann eingetreten ist, dann würde ich sagen, dann ist das im Risikobereich ein natürlicher Tod.

K1: Ich bin der gleichen Meinung. Es ist immer eine Einzelfallprüfung, das ist es ja letztendlich immer. Aber wenn das so eintritt, denke ich auch, kann man den [natürlichen Tod] bescheinigen.

K2: Ja.

I: Gibt es noch weitere Anmerkungen zu den Leichenschauen im Krankenhaus? Weitere typische Probleme?

K3: Also, es ist in letzter Zeit so, dass die Ärzte, bedingt [dadurch], dass sie sensibilisiert worden sind (...) sag ich mal (...) dass man ins Krankenhaus kommt und die Patienten noch unter dem kompletten Gerät liegen. Also die haben den Tubus drin, die haben Zugänge drin, ich weiß nicht, sämtliche Gerätschaften. Man hat das Gefühl, dass in dem Moment, wo der verstorben ist (...) „Jetzt lassen wir den so liegen, wie im Tatort und da darf jetzt nichts mehr dran verändert werden.“ Und das kommt auch oftmals wieder [vor], dass den Kollegen oder uns gesagt wird: „Man hat uns gesagt, wir sollen da nichts mehr dran verändern.“ Das ist grundsätzlich eigentlich eine ganz gute Sache, die man sich eigentlich am Tatort mehr wünschen würde als im Krankenhaus. Wenn das jetzt kein Tatort ist, weil man sagt: „Ja, wenn die Ärzte das kommunizieren, also wenn sie mir vorher sagen, `der hatte einen Tubus drin und hat vielleicht dadurch eine Verletzung oder auch nicht oder er hat einen Zugang hier oder da gehabt`, dann würde das auch ausreichen.“ Man versucht ja natürlich im Krankenhaus (...) jetzt mal im schlimmsten Fall (...) da ist noch einer gekommen und hat auf den Patienten eingewirkt und der ist da verstorben. Was sehr schwierig ist, wie schon gesagt worden ist, dass man als Kriminalist eben diese medizinischen Kenntnisse nicht hat. Und wenn man eine Einstichstelle findet (...) klar, man kann eine Einstichstelle [finden], man kann aber auch keine Einstichstelle finden, obwohl eine da war. Das ist sehr schwierig. Und deshalb sind die Ärzte so geworden, dass sie alle den Patienten so liegen lassen und alle Gerätschaften dran lassen. Und sicherlich holen wir dann Personal dazu, die das dann eben entfernen. Aber das ist irgendwie ein Umstand, der unglücklich ist, würde ich mal sagen.

I: Kommt das auch regelmäßig vor, wenn ein *ungeklärter* Tod bescheinigt wurde? Oder eher bei *nicht natürlichen* also eindeutig *nicht natürlichen* Todesfällen?

K3: Also da muss man nochmal zu sagen, es wird ja auch bescheinigt, z.B. *ungeklärt*, wenn [es] ein Sturzgeschehen war. Es wird oftmals ein *ungeklärter Tod* bescheinigt, obwohl es eigentlich ein *nicht natürlicher* Tod ist, weil der Sturz ja vorausgegangen ist. Also, das wird schon in den Krankenhäusern gar nicht so differenziert. Man versucht, die Leute oder die Ärzte darauf anzusprechen. Der eine will es, macht es, und der andere sieht es nicht ein. Von daher ist das eigentlich egal, ob *nicht natürlich* oder *ungeklärt*. Das ist grundsätzlich eigentlich immer so. Die Erfahrung, die ich da gemacht habe.

K2: Was natürlich sinnvoll (...) ob es nun [ein] *nicht natürlicher* oder ein *ungeklärter* Tod ist. Wichtig ist, dass die Ermittlungsbehörden natürlich in solchen Fällen dazu gezogen werden. Das ist entscheidend. Wo das Kreuz dann gesetzt worden ist, interessiert mich dann zunächst erstmal nicht. Zu den medizinischen Gerätschaften: Wenn die Ärzte zu der Entscheidung kommen *ungeklärter* oder *nicht natürlicher Tod* verhalten Sie sich natürlich, wenn sie die medizinischen Gerätschaften am Leichnam belassen, auch gesetzeskonform. So, wie es das Bestattungsgesetz vorsieht. Und das kann man ihnen eigentlich nicht zum Vorwurf machen, sondern kann sagen: „Ok, das ist in Ordnung.“ Wenn sie das vorher entfernen, müsste es natürlich dokumentiert werden. Aber ich bin der Meinung, man kann es später entfernen und sie verhalten sich somit auch korrekt. Und ihnen kann später auch kein Vorwurf gemacht werden, dass sie da irgendetwas verändert haben, was vielleicht nicht in Ordnung war. Ob wir das im Nachhinein überprüfen können, ist eine zweite Frage. Aber es kann natürlich auch ein Angriffspunkt sein, von jeglicher Seite (...) sei es auch in einem möglichen zivilrechtlichen Verfahren, womit wir als Ermittlungsbehörde ja nichts mehr zu tun haben. Aber diese Vorwürfe können

natürlich kommen. Und deshalb habe ich Verständnis dafür, dass die Ärzte alles so belassen und sich entsprechend dem Bestattungsgesetz verhalten.

K1: Der Meinung bin ich auch. Ich find das eigentlich richtig. Auch wenn eine Obduktion anstehen würde, ist es auch für den Obduzenten wesentlich angenehmer und besser zu sagen: „Alles klar, ich sehe die Gerätschaften noch. Ich weiß wo Zugänge gelegt worden sind. Ich weiß welche Verletzungen dadurch passiert sind.“ Ich glaub schon, dass es genau richtig ist, was sie sagen.

I: Noch irgendwas zu den Krankenhausfällen? Sonst würde ich die nächste Frage stellen, zu den niedergelassenen Ärzten, insbesondere Hausärzten. Fällt Ihnen da spontan irgendwas ein, was bei bei niedergelassenen Ärzten immer wieder vorkommt?

K2: Das ist bei uns eher selten, dass niedergelassene Ärzte einen Tod bescheinigen. Der Regelfall ist, dass der Notarzt kommt, aus dem Rettungsdienst. Und die [Notärzte] mehr oder weniger erfahren sind. Und die den Tod entsprechend feststellen. Hausärzte sind wirklich selten. Und wenn es denn ein Hausarzt ist, (...) die bescheinigen ja in der Regel den natürlichen Tod (...) dann bekommen wir als Ermittlungsbehörde selten überhaupt die Nase dran und können das überhaupt nicht sehen. Wir liegen ja bei Polizeileichen (...) zumindest in unserem Bereich, ist nur jede siebte Leiche eine Polizeileiche. Insofern, die anderen Sachen, die die Hausärzte oftmals bescheinigen, bekommen wir nicht mit. Da können sicherlich in dem Zusammenhang die Gesundheitsämter, die die Totenscheine sammeln, vielleicht ein bisschen mehr zu diesen Hausärzten sagen. Aber von Seiten der Ermittlungsbehörden ist das nur bedingt möglich, also nur ein ganz kleiner Ausschnitt dessen. Wenn ein Hausarzt einen Tod bescheinigt oder ein niedergelassener Arzt, merkt man auch da die Unsicherheit. Das ist nicht deren täglicher Job. Anders als bei den Notärzten im Rettungsdienst. [Und] da ist eine große Unsicherheit beim Ausfüllen der Todesbescheinigung. Und die sind auch oftmals mangelhaft.

I: Bezieht sich die Unsicherheit eher auf besondere Fälle, also *nicht natürliche* Fälle oder spürt man da insgesamt eine Unsicherheit?

K2: Ich erkenne bei Rücksprache mit Hausärzten die Unsicherheit grundsätzlich. Weil sie es nicht so häufig tun, weil sie es nicht so häufig machen. Insbesondere nicht so häufig einen *ungeklärten* oder *nicht natürlichen* Tod - in der Regel *ungeklärten* Tod – bescheinigen. Und weil sie die Abläufe dann nicht so kennen, wie bei einem *natürlichen* Tod, wo einfach alles so belassen wird und keine weitere Ermittlungsbehörde eingeschaltet werden muss.

I: Haben Sie irgendwelche Erfahrungswerte zu Todesfällen im ländlichen Bereich gesammelt in Ihrer Berufslaufbahn?

K2: Durch die Struktur der Behörde (...) wir haben zwar ländliche Bereiche, aber wir sind ja eigentlich eine größere Behörde und (...) also so, dass man jetzt im tiefsten Dorf irgendwo jemanden hat (...) nein, da habe ich keine Erfahrungen zu.

K1: Nein keine Erfahrung. Bei den Schulungen bringe ich immer das Beispiel von dem Arzt in der Eifel der im Dorf, im Tal, schon seit 30 Jahren die Familie betreut und die Oma ist gestorben halt und liegt dann da zugedeckt. Die Kerzen brennen, es ist alles dunkel, schieferverkleidet, keiner sieht was. Und er kommt da herein (...) und dann frage ich halt immer die Kollegen: „Und? Glaubt ihr, der zieht sie jetzt aus und guckt in jede Körperöffnung rein?“ Die Frage erübrigt sich. Wird er nicht tun. Das ist sicherlich ein Problem, aber da gibt es keine belastbaren Zahlen zu.

T2. Bei uns auch nicht.

I: Ok. Dann gehen wir zum Bereich Notärzte bzw. -ärztinnen. Das scheint ja sehr viel häufiger zu sein. Wie ist es bei den Notärzten mit der Klassifikation der Todesart. Gibt es da typische wiederkehrende Verhaltensweisen oder sagen wir mal typische Fehler, die immer wieder gemacht werden?

K1: Bei uns kommt der Notarzt und bescheinigt *ungeklärt* und fährt wieder. Fertig. So ist es in der Regel, ich sag mal zu 99%. Wenn erfahrene Notärzte da sind, die vielleicht auch ein Zeitfenster haben und die kommen zu einem Hospizkranken, wo der Sterbefall zu erwarten war und nehmen sich ein bisschen Zeit. Dann kann es schon mal anders sein. [Das] habe ich gespiegelt bekommen. Aber ganz, ganz selten. In der Regel ist das so.

I: Und dann muss ich nochmal dazu nachfragen. Das heißt, es wird nicht nur der Tod festgestellt und der Notarzt fährt wieder und sagt: „Jemand anders muss die Todesbescheinigung ausfüllen“, sondern es wird ein *ungeklärter Tod* bescheinigt, inklusive vollständigem Ausfüllen der Todesbescheinigung?

K1: So ist die Dienstanweisung halt. Auch in [Stadt], wo die Rettungskräfte (...) Es ist halt sinnvoll, weil der Arzt auch schon vor Ort ist. Dann ist es eigentlich so, dass ein *ungeklärter Tod*, also eine *ungeklärte* Todesart durch den Notarzt bescheinigt wird. Bevor man dann zwei Stunden noch mal auf einen Vertragsarzt warten muss oder auf den Hausarzt warten muss, bis man dann die Todesart bescheinigt bekommt. Und dann übernimmt dann in der Regel schon die Kriminalpolizei.

I: Und wird dann vom Notarzt noch eine Leichenschau vorgenommen?

K1: Nein, also der Tod wird bescheinigt, also festgestellt, damit *ungeklärt* bescheinigt und dann rückt der auch eigentlich wieder ab. Und die Leichenschau wird der Kriminalpolizei überlassen. Das ist manchmal gut, manchmal aber nicht so gut. Vielleicht ein Beispiel mal, wie Notärzte dann auch arbeiten. Ganz anonym. Wir hatten die Meldung über den Notarzt: „Wir haben einen Verstorbenen in einer Gartenlaube. Ungeklärter Tod, nichts Besonderes.“ Dann sind wir dahin gefahren und der Mann in der Gartenlaube hatte fünf Messerstiche, fünf in der Brust, einen im Rücken und lag in seinem Blut und mit runtergezogener Unterhose halt in dieser Gartenlaube. Das hätte man erkennen können. Und der Notarzt ist halt nicht so ganz weit rangegangen und hat einmal durchs Fenster geguckt: „Ja, der ist wohl tot.“ Und hat das dann so bescheinigt und auch gemeldet. Das kommt natürlich auch vor. Leider.

K2: Dass die Notärzte im Rettungsdienst die Todesbescheinigung ausfüllen, ist auch in unserer Behörde so und, wie ich finde, auch richtig so. Dass es wie in [Stadt] auch Dienstanweisung gibt, dass die Notärzte das machen. Mir ist bekannt, dass es in nicht allen Behörden so ist, aber wir sind in der glücklichen Lage. Eine Leichenschau wird durch den Notarzt in der Regel nicht durchgeführt. Es wird der Tod tatsächlich festgestellt, anhand von sicheren Todeszeichen, und dann verlässt er auch die Örtlichkeit. Und der Regelfall ist, dass zunächst einmal die uniformierten Polizeibeamten gerufen werden, wo dann der Ereignisort an die Kriminalwache übergeben wird.

K3: Also, man hat auch (...) das Beispiel mit dem Fenster ist gar nicht schlecht. Je größer [der] Verwesungszustand einer Leiche ist, desto weiter ist der Notarzt entfernt, kann man eigentlich grundsätzlich sagen. [Das ist] so eine proportionale Geschichte. Also, es ist schon wahr. Bei den ganz „normal“ Verstorbenen wird keine Leichenschau gemacht, da wird nur mal geguckt (...) und drüber geguckt. Es gibt aber auch Notärzte, die (...) ob sie jetzt älter sind, eigentlich grundsätzlich, ja (...) die dann eine gemeinsame Leichenschau machen, weil sie sagen: „Ja, ich habe mal mit dem Hausarzt gesprochen.“ Oder: „Ich habe ja den Krankenhausbericht mitgenommen, also ich habe jetzt auch keine Bedenken.“ Aber die fühlen sich dann sicherer, wenn man zusammen eine Leichenschau macht. Dann macht man gemeinsam eine Leichenschau und der Notarzt bescheinigt dann später, hatte ich jetzt in letzter Zeit zwei, drei Mal, dann den natürlichen Tod. Von daher ist es eigentlich ein gutes Abkommen, dann zu sagen: „Beide Seiten sind auf der sicheren Seite und haben eigentlich alles das so gemacht, sofern sie das erkennen konnten.“ Und das ist eigentlich ganz gut, im Gegensatz zu anderen. Viel wird im Kollegenkreis natürlich immer diskutiert, weil auch auf dem Umschlag der Todesbescheinigung draufsteht, was der Arzt eigentlich machen müsste. Wenn man sich das mal durchliest (...) er muss ihn entkleiden, er muss in allen Körperöffnungen nachgucken (...) dann sagen die Kollegen immer: „Ja, entweder sagt der Notarzt: `Ja, ich habe ja erkannt, dass ungeklärt, also lasse ich jetzt die Finger davon, weil da muss die Polizei gucken, ich will da nichts verändern.`“ Und dann kommt immer so die Frage auf: „Die Abrechnung machen aber alle.“ Die kassieren also einen gewissen Satz dafür und bescheinigen den Tod und haben dann wohl (...)

meiner Ansicht nach, ist das nicht pflichtbewusst gearbeitet. Man kann sicherlich sagen: „Das ist mir jetzt zu heikel, wie z.B. der schon überblutet ist.“ Dass man sagt: „Ich fasse den jetzt nicht mehr an und warte bis die Polizei da ist.“ Sicherlich spielt da oftmals auch der Zeitfaktor eine Rolle, weil die Kollegen in Uniform zunächst oftmals erst erscheinen und dann erst die Kripo und das dauert dann. Dass der Notarzt einfach keine Zeit hat. Aber es ist nicht so, als wenn der Notarzt jedes Mal sagen würde: „Sie sind ja immer zu spät, deshalb musste ich hier weg und ich kann auch keine Leichenschau machen.“ Also, das ist gar nicht. Man hat auch mal an den Orten so Fehleinschätzungen von Notärzten, (...) dass dann so Sachen kommen wie: „Der hat erbrochen.“ Und eigentlich sind es nur Speisereste. Der hatte überhaupt nicht erbrochen, wenn man in die Mundhöhle reingeguckt hat. Es waren einfach nur Speisereste, die irgendwie auf den Boden gefallen sind oder so. Sind oft halt so Suggestionen, die die Notärzte dann mit sich bringen und dann auch den Kollegen schildern.

I: Es gibt ja bald eine höhere Vergütung der Leichenschau nach der Gebührenordnung für Ärzte. Man muss dann aber auch bescheinigen, dass man eine gewisse Zeit vor Ort und eben mit der Leichenschau verbracht hat. Denken Sie, dass das die Bereitschaft erhöhen würde, der Fäulnisleiche doch näher zu treten oder die Leichenschau doch ausführlich durchzuführen?

K2: Das ist die Frage. Wenn ich als Notarzt im Rettungsdienst zu einer Leiche gerufen werde und komme zu dem Schluss: „Ich werde dort, aus welchen Gründen auch immer, einen unklaren Tod bescheinigen. Weil ich die Krankengeschichte vielleicht nicht kenne.“ Dann ist es ja genauso wie bei der Krankenhausleiche so, dass ich nichts mehr machen sollte und den Ereignisort der Polizei übergeben sollte. Ob eine Gebührenordnungserhöhung dazu führen wird, die Notärzte zunächst einmal zu bewegen, eine Leichenschau durchzuführen, und vielleicht auch noch mal mit dem Hausarzt zu sprechen, das bleibt abzuwarten. Das kann durchaus passieren, dass das die Bereitschaft erhöht. Die 51 Euro, die es jetzt gibt, für die Notärzte im Rettungsdienst, sind ja auch nur für die Feststellung des Todes und nicht für die Leichenschau.

I: Ich entnehme den Aussagen, dass Sie als Polizeibeamte eigentlich mit dem Vorgehen der Notärzte zufrieden sind? Bitte korrigieren, wenn das nicht so ist.

K2: Also ich persönlich bin damit eigentlich zufrieden, weil (...) in der Regel sind es erfahrene Ärzte, die zumindest wissen, wie man eine Todesbescheinigung richtig ausfüllt und uns dann natürlich Arbeit abnehmen, um bestimmte Dinge vielleicht nachzufragen. Und ich glaube, da müsste allerdings jemand von der K-Wache was zu sagen, dass die Zusammenarbeit zwischen den Notärzten - zumindest aus meiner Kommunikation von der Ermittlungsschiene im Kommissariat - mit den Notärzten eigentlich gut ist. Ich weiß nicht, wie es im Bereich der K-Wache aussieht.

K3: Da kann ich eigentlich nur sagen: Klar. Grundsätzlich ist es so, dass man auch wiederkehrend immer die Notärzte hat, immer die gleichen Notärzte hat. Die haben nicht so einen Riesenpool. So dass man die Notärzte dann auch kennenlernt und spricht mit denen. Das Problem, dass man die Diskussion hat, zwischen Todesart und Ursache, ist ja ein leidiges Thema. Schon ewig gewesen. Das können wir nicht aus der Welt räumen. Und ich kann auch verstehen, wenn der Notarzt sagt: „Ja gut, ich habe ihn nicht gekannt. Ich kann jetzt hierzu nichts sagen und bescheinige *unklar*.“ Dann ist das halt so. Es ist natürlich auf der anderen Seite auch mal gut, wenn dann der Hausarzt sich anbietet oder wenn der Hausarzt zur Verfügung steht oder Krankenberichte auf dem Tisch liegen. Die [kann man] dann mal durchlesen und sagen: „Ja, aufgrund der ganzen Krankengeschichte bescheinige ich auch mal einen *natürlichen*.“ Oder: „Mit der Polizei auch einen *natürlichen* [Tod], wenn die Kriminalpolizei kommt.“ Und manchmal erschließt [es] sich auch nicht, wenn ein Patient vom Krankenhaus zum Sterben nach Hause geschickt wird, auch nach Bericht. Und der Notarzt kommt dann auch noch und sagt: „Jetzt ist er *ungeklärt* verstorben.“ Was für die Angehörigen natürlich, muss man ja auch aus ethischer Sicht sagen, ziemlich schwer ist dann. Und das ist manchmal dann nicht zu erklären. Auch später im Gespräch mit den Angehörigen. Aber grundsätzlich kann man sagen, mit den Notärzten in unserem Bereich kann man arbeiten und man kann sie auch noch mal erreichen und spricht noch mal mit denen. Auch wenn mal eine Todesbescheinigung, aber eigentlich eher in den

Krankenhäusern, mal falsch ausgefüllt ist oder das Kreuz vergessen [worden] ist. Oder bei der Identifikation auch oftmals. Da schreibt man gar nichts rein und man könnte ihn eigentlich erkennen. Es geht jetzt nicht um einen gänzlich Verwesten, sondern die haben einfach nur vielleicht in einer Blutlache irgendwo gelegen, das Gesicht ein bisschen deformiert, aber grundsätzlich kann man den identifizieren, wenn man den Ausweis zu Rate gezogen hätte.

I: Gibt es das auch mal, dass zuerst der Notarzt eine Todesbescheinigung ausgefüllt und dann noch mal der Hausarzt kommt und noch eine ausfüllt?

K1: Früher gab es das mal, ja. Aber das gibt es schon lange nicht mehr. Und auch die Kollegen sind angehalten und auch diesbezüglich geschult. Eine Urkunde ist immer eine Urkunde. Und es kann jetzt nicht noch eine zweite geben. Wir können ja nicht so lange warten, bis wir die richtige haben, die man sich so wünscht halt. Das ist jetzt so. Aber, ich weiß nicht wie lange das her ist, da gab es das schon noch mal. Wenn dann der Hausarzt kam: „Ich kenn den.“ Dann hat auch der Notarzt schon mal die noch zerrissen. Zu anderen Zeiten. Aber das gibt es nicht mehr. Bei uns auf jeden Fall nicht.

K2: Es gilt eigentlich das Highlander-Prinzip: Es kann nur eine geben.

(Lachen.)

K3: Es gibt auch, auch in letzter Zeit, dass man kommuniziert hat, dass der Notarzt vor Ort ist und dann mit dem Hausarzt spricht und der Hausarzt dann sagt: „Ich komme jetzt gleich vorbei. Ich übernehme das.“ Und dann macht der Notarzt aber nichts. Und dann kommt der Hausarzt vorbei und sagt: „Gut, ich bescheinige jetzt den natürlichen Tod.“ Sowas gibt es auch schon.

K1: Das gibt es bei uns auch. Das kommt vor.

K3: Von daher, mit dem Zerreißen jetzt nicht so, aber (...)

K1: Auch in Begleitung von Polizeibeamten teilweise. Dann warten die auf den Hausarzt und gucken, was der dann halt macht. Und wenn der dann den natürlichen Tod bescheinigt, ok. Dann rücken wir wieder ab, ohne dass was passiert an Todesermittlungsverfahren.

K3: Zwischenfrage. Zu der Erhöhung des Geldes, was die Notärzte bekommen. Die sollen sich länger aufhalten. Wie ist das denn definiert? Also, ich kann mich dann als Notarzt mit den Angehörigen hinsetzen und warte dann einen Augenblick und sage: „Jetzt kriege ich den höheren Satz.“ Oder [gibt es] auf der anderen Seite, die Argumentation zu sagen: „Ja gut, wenn der Notarzt sagt, das ist ungeklärt, dann mach ich jetzt nichts mehr, dann ändert das ja auch nichts.“

I: Also in der Gebührenordnung steht dann tatsächlich drin, beispielsweise: „45 Minuten für ausführliche, äußerliche Besichtigung der Leiche.“ Mit Entkleiden der Leiche und Ausfüllen der Todesbescheinigung. Da steht also, welche Schritte man vornimmt und wie viel Zeit man aufgewendet haben muss, um diesen Gebührensatz zu bekommen.

K2: Interessant.

K1: Man darf gespannt sein.

I: Ok. Dann habe ich noch eine Frage. Regelmäßig ist es ja so, dass der Rettungsdienst noch etwas macht und der Patient dann erst verstirbt. Oder auch, dass noch reanimiert wird bei jemandem, der schon endgültig tot ist. Ergeben sich Probleme dadurch, dass die Rettungsmaßnahmen nicht ausreichend dokumentiert werden? Dass man also beispielsweise Punktionsstellen hat, die man nicht erklären kann?

K2: Das kommt durchaus vor. Der Regelfall in unserem Bereich ist, dass das Notarzteinsetzprotokoll, wo es ja eigentlich dokumentiert ist, regelmäßig nicht mitgegeben wird. Wenn man auch da sagt, seitens zumindest des Leiters der Notärzte: „Das ist eigentlich (...) unterliegt der ärztlichen

Schweigepflicht und wird deshalb nicht herausgegeben.“ Es gibt aber durchaus Ärzte und Notärzte, die das Einsatzprotokoll mit an die Polizei aushändigen. Je nachdem, zu welcher Entscheidung die dann kommen. Ansonsten sollte eigentlich dann die Dokumentation erfolgen durch die - wenn es der Notarzt selbst nicht tut - durch die Befragung der zuerst eingesetzten Polizeikräfte, die diese Veränderungen eigentlich dokumentieren sollten. Wir haben zu diesem Zwecke ein sogenanntes „Übergabeprotokoll Leichensache“ entwickelt, wo die zuerst eingesetzten Beamten dann die Rettungskräfte befragen sollten.

K3: Es wird auch dann (...) oder der Kriminalbeamte selbst, wenn er noch die Möglichkeit hat mit dem Notarzt zu sprechen (...) kommt es ja im Gespräch noch raus. „Wir haben jetzt noch 30 Minuten reanimiert.“ Und dann ist es natürlich die Frage an uns: „Was ist da gemacht worden? Mit welchen Verletzungen muss ich dann rechnen? Oder welche Erscheinungen am Körper sind jetzt eingetreten?“ Dass man das differenzieren kann. Da muss man natürlich schon auf klein runterfragen und den Notarzt dann auch ein bisschen löchern.

K1: In [Stadt] gibt es eigentlich keine Probleme. Wir kriegen das Notarzteinsatzprotokoll fast immer ausgehändigt (...) oder eigentlich [ist das] der Regelfall, ohne Probleme. Und es gibt eigentlich einen guten Kontakt zu dem leitenden Notarzt der Stadt, der dann auch den Kontakt zu den Notärzten herstellt, wenn dann noch Rückfragen sind. Hat immer funktioniert.

I: Also ist auch die Kommunikation mit den Notärzten nach Ausfüllen der Todesbescheinigung etc. gut?

K1: Eigentlich sehr positiv. Ja.

I: Gibt es noch irgendetwas anderes hinzuzufügen?

K2. Wünschenswert ist, wenn Notärzte auch den vertraulichen Teil der Todesbescheinigung offenlassen würde. Weil [es] da ja immer Anhaltspunkte auch für die Ermittlungen gibt. Und man kann dann (...) damit es (...) wenn die weitergereicht werden, (...) kann man es dann nach Abschluss der Ermittlungen entsprechend auch verschließen. Aber das wäre wünschenswert.

I: Also, dass der Umschlag offenbleibt?

K2: Dass der Umschlag offenbleibt. Dass man als Kriminalbeamter dann noch mal reinschauen kann, was er geschrieben hat.

I: Noch etwas?

(Schweigen.)

I: Gut. Dann habe ich noch ein paar allgemeine Fragen. Jetzt haben wir ja die typischen Bereiche, die es so gibt, durchgesprochen. Haben Sie allgemein den Eindruck, dass Ärzte die Leichenschau als verantwortungsvolle und wichtige Aufgabe sehen?

K3: Dadurch, dass teilweise resümiert worden ist, dass das die Ärzte, speziell die Notärzte, gar keine Leichenschauen machen (...) aus ihrer Argumentation heraus eben zu sagen: „Ja gut, ich mach jetzt nichts, lass der Polizei das.“ kann ich dann nur bedingt etwas dazu sagen. Also wenn man das zusammen macht, machen wir das meistens. Das macht der Arzt nicht. Und wenn man dann vor Ort ist und dann auch mal erstaunlicherweise vielleicht jemand mal entkleidet worden ist, dann ist das ok. Aber ich würde sagen, grundsätzlich zieht kein Notarzt oder sonstige Ärzte, ziehen den Leichnam aus und gucken wirklich nach. Und daher auch eben die Unkenntnis teilweise über Leichenerscheinungen. Über irgendwelche Phänomene und (...) nein, würde ich eigentlich sagen, nicht.

I: Also nicht nur bei den Notärzten, sondern auch in der Klinik gilt das Gleiche?

K3: Ja, und ich meine, in der Klinik ist natürlich der Vorteil für die Ärzte: Die Patienten sind ja fast schon ganz nackt. Die müssen die nicht ausziehen und die liegen ja schon einen gewissen Zeitraum in der Klinik, so dass man den Zustand des Patienten eigentlich mitbekommen hat. Was natürlich ganz was anderes ist, wenn ein Notarzt in die Wohnung kommt. Kein Licht oder verwehrlost oder wie auch immer. Oder diese missliche Situation, der Leichnam ist irgendwo eingeklemmt auf der Toilette. Das ist auch nicht selten. Also da (...) je mehr, je problematischer, desto weniger sieht man die Aktivität des Notarztes und die werden dann oftmals auch sagen: „Ja gut, ist *ungeklärt*. Ich lass da mal die Finger davon und lass die Polizei jetzt daran.“

I: Aber ist es dann überhaupt - wenn der Leichnam jetzt vollständig bekleidet ist und in irgendeiner seltsamen Position ist - überhaupt möglich, den Tod sicher festzustellen, in diesen Fällen, die Sie beschreiben?

(Lachen.)

K1: Meistens haben sie ja Recht.

(Lachen.)

K2: Es sei denn die Leichenstarre ist schon eingetreten. Wenn man dann mal anfasst, dann kann man das ja schon sicher feststellen.

I: Dann muss ich das anders fragen: Gibt es auch Fälle, wo man sich eigentlich gar nicht sicher sein kann, ob der Arzt den Tod feststellen konnte?

K1: Nein, damit habe ich eigentlich keine Erfahrung. Aber eine Ableitfunktion wird eigentlich immer gemacht oder so. Ich weiß, ist kein sicheres Todeszeichen, aber das ist eigentlich die typische Methode, um halt auch als Notarzt sicher zu sein. Die findet man häufig mit hochgeschobenem Pullover. Das glaube ich schon, dass die Ärzte da den Tod sicher feststellen können. Aber an die Leichenschau selber, das hatten wir jetzt ausreichend thematisiert, da gehen die nicht dran, das ist so.

K2: Wobei wir natürlich hier immer nur von den, ich hatte es eben erwähnt, 15% der sogenannten Polizeileichen reden. Wir haben 85% Dunkelziffer. Das heißt, wir können jetzt nur spekulieren, was machen Hausärzte? Oder da, wo ein *natürlicher* Tod bescheinigt wird, bekommen wir das natürlich nicht mit, ob da eine sorgfältige Leichenschau gemacht wird. Und deshalb kann man das nur bedingt (...) ist das nur bedingt aussagekräftig.

K3: Nochmal hier zu dem (...) man kriegt natürlich das widergespiegelt z.T., wie du das jetzt gesagt hast, dass viel mehr kremiert werden. Dann wirst du natürlich auch (...). Viele *natürliche* Tode werden dann nochmal begutachtet und es kommt ja auch vor, dass der eine oder andere Arzt vom Gesundheitsamt irgendwelche Hämatome feststellt, die er für bedenklich hält. Daran könnte man vielleicht dann nochmal (...) weiß ich nicht [ein] Resümee ziehen, ob im Verhältnis dadurch die Ärzte das gemacht haben oder nicht.

K2: Aus der Befragung der Amtsärzte, die die zweite Leichenschau vornehmen. Denn die können diese Angaben machen und überprüfen ja auch nochmal die Totenscheine, was so darinsteht.

I: Ok. Wie ist Ihre persönliche Einstellung zu dem Thema Obduktionen. Sollten mehr Obduktionen durchgeführt werden, ist der Anteil ok oder sollten es sogar weniger sein?

K1: Also ich finde den Anteil angemessen. Wir handhaben es so, dass wir immer eine Einzelfallprüfung machen und darauf kommt es ja letztendlich an, ob man sagt: „Diesen Fall kann man nur aufklären und rechtssicher aufklären, wenn man eine Obduktion anrät und die dann auch durchführt.“ Oder nicht halt. Ich glaub nicht, dass man irgendwie eine Quote festlegen kann, dass man so und so viele Obduktionen machen muss, um allgemein viele aufzuklären, sondern jeder einzelne Fall ist da gewissenhaft zu prüfen und ich denke, das wird auch gemacht.

K3: Also ich würde mal sagen, aus der Warte des Indianers, der direkt an der Front ist, wünscht sich der eine oder andere Frontarbeiter dann mal eine Obduktion, die im Nachgang, wie auch immer, ob durch Nachermittlungen (...) ob das dann wieder (...) ob das dann nicht mehr relevant ist (...) schon eher eine Obduktion. Und wenn man - persönlich für mich - wenn man viel in der Literatur darüber gelesen hat, auch was früher geschehen ist (...) und dann kommt wieder diese berühmte Friedhofsszenarie mit den Lichtern, die auf dem Friedhof brennen. Also ich bin eigentlich dadurch, dass wir den Dienst an den Toten (...) oder der Tote kann nichts mehr machen, er ist letztendlich uns ausgesetzt. Ich finde schon, dass die Obduktionszahl erhöht werden könnte, wenn man Verdachtsfälle hat. Das ist natürlich (...) da muss auch jeder Sachbearbeiter selbst prüfen, was ich den Kollegen auch versuche, an die Hand zu geben. Ich sage: „Wenn man Zweifel hat, dann muss man die auch äußern. Dann muss man das auch schreiben und dann muss man das auch so dokumentiert niederlegen.“ Man kann natürlich auch so dokumentieren bzw. das niederlegen, dass man letztendlich an einer Obduktion gar nicht vorbeikommt. Ich finde, da ist immer das Zusammenspiel zwischen Sachbearbeiter am Ort und dem Sachbearbeiter im Büro, dass man sich gegenseitig zuspielt. Und mit den Jahren ist es eigentlich auch so, dass man eigentlich da immer gemeinsam übereinkommt oder letztendlich dann erfährt: Da sind noch andere Umstände. Da muss keine Obduktion gemacht werden, weil (...). Das ist so meine Einstellung zu dieser Sache.

K1: Die finde ich sehr richtig, die finde ich sehr gut. Da haben wir schon Probleme im Augenblick, weil wir ganz, ganz viele junge, neue Kollegen auch auf die K-Wache bekommen haben, die das vielleicht noch gar nicht so können, so pointiert mal darstellen, und sich vielleicht auch gar nicht trauen zu sagen: „Ich habe hier aber Zweifel.“ Sondern halt den Standard so herunterschreiben, wie es immer so ist. Und dann ist es echt schwierig zu erkennen: Ist es jetzt hier problematisch oder nicht? Ist schon sehr wichtig.

I: Dann kommen wir jetzt zu möglichen Lösungen. Haben Sie Ideen, wie man das Leichenschauystem verbessern könnte? Sie können gerne auch differenziert für die einzelnen Bereiche antworten, denn diese drei Bereiche kristallisieren sich ja schon raus: Krankenhaus, niedergelassener Bereich und Notarzt.

K2: Grundsätzlich ein Lösungsansatz wäre der professionelle Leichenbeschauer. Ein solcher Vorstoß ist auch innerhalb der Polizei schon gemacht worden. Scheiterte an Kostengründen. Allein, die Argumentation innerhalb der Polizei war u.a. auch die: Die Anzahl der Todesermittlungsverfahren nimmt erheblich zu. Die Gründe dafür sind sicherlich vielfältig. Demografische Entwicklung ist sicherlich auch ein Thema dazu. Sie wird prognostiziert, weiterhin zuzunehmen. Und es dient natürlich dann, wenn man dann einen professionellen Leichenbeschauer hat, wäre es eine Entlastung für die Polizeiarbeit. Denn bevor es überhaupt zu der *ungeklärten* oder *nicht natürlichen* Bescheinigung eines Todes kommt (...) jemand, der damit tagtäglich zu tun hat, das besser beurteilen kann.

K1: Dem schließe ich mich vollumfänglich an. Das ist die beste Lösung, die es geben könnte.

K3: Und ob die Leichenschau jetzt seitens der Ärzte verbessert werden kann, das haben wir eigentlich schon resümiert. Dass das teilweise gar nicht gemacht wird oder uns überlassen wird. Dann haben wir das Dunkelfeld, wo wir natürlich nichts zu sagen können: Der berühmte Hausarzt, der das vielleicht gar nicht macht. Das ist natürlich dann schwer zu resümieren, wie man das verbessern könnte. Wenn es entweder gar nicht gemacht wird oder man weiß nichts darüber, ob es überhaupt gemacht wird. Bei den Fällen ist es ja letztendlich so: Wenn der *ungeklärte* Tod bescheinigt wird, ist ja immer die Kripo gefragt und ich denke mal, da müsste man dem Gewicht eigentlich mehr Zurechnung schenken, dass man eben sagt: Man hat Kriminalbeamte, die gucken jetzt drüber. Das ist die einzige Lösung, wo man sagen kann, man kann da vielleicht gewisse Dinge auffangen. Aber der professionelle Bestellte wäre natürlich das Nonplusultra.

I: Was noch eine Möglichkeit wäre, es für Ärzte vielleicht einfacher zu machen, die Todesart zu klassifizieren, wäre, dass man einen Katalog erstellt von typischen Beispieldodesfällen und sagt: „Wenn das und das und das ist, dann muss ein *natürlicher* Tod bescheinigt werden.“ Und wenn die

Konstellation so und so ist, dann wäre es ein *nicht natürlicher* Tod. Würden Sie das für hilfreich halten?

K3: Also so ein Leitfaden oder so eine Checkliste beinhaltet immer die Gefahr, dass man immer nach Punkt 1, 2 und 3 vorgeht und sieht links und rechts gar nicht mehr, sondern sicherlich ist es vielleicht eine Zwitterstellung. Man könnte sagen: Wenn dann junge Ärzte am Werk sind, dass man denen so eine Handanweisung anheimgibt und dass die danach vorgehen und sagen: „Das kann so oder so gewesen sein.“ Aber grundsätzlich zu sagen: „Wir haben jetzt Punkt 1. Das muss so verlaufen,“ weiß ich nicht. Halte ich für schwierig.

K2: Wenn man eine solche Checkliste oder wie auch immer an die Hand gibt, sollte man das meines Erachtens nach kritisch machen - und zwar: Ich versuche immer für den Ermittlungsbereich mit der Fragestellung zu vermitteln: Was spricht für einen *ungeklärten* oder einen *nicht natürlichen* Tod? Und nicht die Fragestellung: Was spricht für einen *natürlichen* Tod? Denn der Arzt soll das ja auch kritisch betrachten. Der ist ja vorgeschaltet, vor den Ermittlern. Und deshalb wäre eine solche Checkliste meines Erachtens nach nur mit den kritischen Fragen, was für einen *ungeklärten* Tod spricht oder für einen *nicht natürlichen* Tod. So sollte die gestaltet sein. Und nicht: Ich suche mir die raus, die mir gerade passen aus dem Bereich *natürlich*. Dadurch bin ich nicht kritisch. Das wäre mein Vorschlag für eine solche Liste.

I: Die größte Unzufriedenheit, habe ich wahrgenommen, besteht ja im Krankenhausbereich. Was würde Ihnen als Todesermittlern da helfen? Was müsste sich ändern, damit die Zusammenarbeit besser funktioniert?

K3: Dass der verantwortliche Arzt ansprechbar ist. Also der auch im Thema steht. Nicht nur verantwortlich, weil er Oberarzt ist, sondern der, der den Patienten auch behandelt hat.

I: Gibt es da auch manchmal Schwierigkeiten, den überhaupt ausfindig zu machen, wer das war oder ist das kein Problem?

K1: Ja, da gibt es große Schwierigkeiten. Oft kriegen wir das auch nicht hin. Also da ist die Unterschrift, die kann man nicht lesen.

K2: Leserliche Unterschrift oder den Namen darunterschreiben, das wäre schon oftmals sehr sinnvoll.

K3: Grundsätzlich, ich weiß jetzt nicht, mit der Schweigepflicht. Aber eigentlich sag ich mir jetzt: So eine grundsätzliche Offenheit gegenüber (...) jetzt mal sagen, die Krankenakte preiszugeben. In der Hinsicht, dass man daraus Schlüsse ziehen kann. Dass man also abschließend später einen Sachverhalt hat, wo man sagt: „Unter den Umständen oder aus diesen Gründen ist derjenige verstorben.“ Und ob der nun *ungeklärt* oder *nicht natürlich* war. Auf jeden Fall, dass man eine Kausalkette hat oder wie soll man sagen, eine sinnvolle Kette, die plausibel ist. Dass der Arzt einem das erklärt und nicht, dass man immer so Bruchstücke kriegt und erst nur auf Befragen wieder dann noch andere Sachen erfährt. Sondern dass die relativ offen sind und da auch sicher sind und sagen: „Gut, wir arbeiten daran mit.“ Oder: „Wir wollen ja auch nichts vertuschen.“ Sagen die zwar oft immer (...) aber, dass eine gewisse Offenheit der Ärzte da ist. Das setzt natürlich voraus, dass man natürlich den Arzt hat, der da ist. Denn der andere Arzt sagt: „Ich kenne den [Verstorbenen] nicht, ich habe den doch gar nicht gesehen. Jetzt sitze ich hier und kann den Tod bescheinigen.“ Und das ist für den Arzt natürlich auch blöd. Aber das liegt in der Sache der Krankenhäuser und der Dienste, die die da ableisten. Und ob (...) manchmal hat man auch das Gefühl, dass, ja, vielleicht der Tod geschoben wird. Dann der Arzt (...) der andere das bescheinigt. Und weil man noch vieles andere machen musste (...) und letztlich [heißt es]: „Der ist jetzt *ungeklärt* verstorben, da muss sowie die Polizei kommen.“ Und dann wartet man halt noch.

K1: Wir haben auch ein Krankenhaus, das muss ich mal erzählen. Da warten die immer zwei Stunden bis die sicheren Todeszeichen eintreten. Und in der Zeit ist immer Schichtwechsel. Das heißt: Der, der eigentlich den Tod festgestellt hat, sagt so: „Ich ruf schon mal an, wir haben bestimmt gleich einen

Toten. Aber können wir noch nicht sagen, weil die sicheren Todeszeichen nicht da sind.“ Da warten die zwei Stunden, dann rufen die wieder an und es bescheinigt ein anderer den Tod. Dann sagen wir immer: „Haben Sie denn in den letzten zwei Stunden reanimiert oder was haben Sie gemacht?“ Das ist schon manchmal abstrus. Also ich würde mir wünschen, in den Krankenhäusern, dass man da wieder hinkommt, dass die Ärzte, die den Tod bescheinigen, ihrer Verantwortung nachkommen. Dass die in Ruhe und vor mir aus auch im Konzil mit anderen Ärzten überlegen: „Was haben wir denn hier für Hinweise auf einen *nicht natürlichen* [Tod]? Oder wissen wir wirklich nicht, was das ist? Ist das eine *ungeklärte* Todesart? Oder kann man auch, wenn man wirklich darüber nachdenkt und die Krankengeschichte studiert und alles abwägt, einen *natürlichen* Tod bescheinigen?“ Oder macht man sich's ein Stück auch einfach, weil von oben die Doktrin kommt: „Wir machen *ungeklärt* und dann sind wir schön raus aus der Geschichte. und die Polizei soll die Arbeit übernehmen.“ Diese Verantwortung wünsche ich mir schon, dass die Krankenhausärzte das wieder machen.

I: Haben Sie vielleicht auch eine Idee wie man das Verantwortungsbewusstsein fördern könnte?

K1: Ich denke durch Fortbildungen, durch Wissenstransfer: Was bedeutet so ein Todesermittlungsverfahren? Was ist *natürliche* Todesart? Was ist eine *ungeklärte* Todesart? Und je mehr man weiß, umso eher traut man sich auch, das zu machen. Glaube ich schon.

K3: Ist ja auch die Frage, wie auch im Studium, im Medizinstudium, egal in welchem Bereich. Man weiß so, dass eigentlich dieser Todesermittlungsbrei oder sichere Todeszeichen oder mögliche Erscheinungen an Leichen, dass das gar nicht so gelehrt wird. Und dich denke mal, wenn man da mehr schulen würde oder einen längeren Part, einen festen Part hätte, wären die Ärzte dahingehend auch sicherer und professioneller.

I: Noch weitere Lösungsvorschläge?

K2: Ein denkbarer Lösungsansatz: Wenn wir von professionellen Leichenbeschauern sprechen, warum dann nicht auch ein unabhängiger Mediziner im Krankenhaus, der das vielleicht neutraler beurteilen kann. Ich sag mal als eine Kontrollinstanz. Denn auch wir als Ermittlungsbeamte sind keine Mediziner und können das nur bedingt beurteilen. Ein professioneller Mediziner, der dann auch die Leichenschau vornimmt, der allerdings unabhängig sein muss. Völlig unabhängig vom Krankenhaus. Der kann das dann neutral beobachten und hat auch noch die Möglichkeit, auch eher in die Krankenakte zu schauen und daraus seine Schlüsse zu ziehen und zu sagen: „Hier könnte etwas nicht ganz in Ordnung gelaufen sein oder gewesen sein.“ Und dann die entsprechende Todesart zu bescheinigen.

I: Nur zum Verständnis nochmal. Also ein professioneller Leichenschauarzt, der unabhängig von der behandelnden Abteilung ist, aber schon am Krankenhaus angestellt ist? Also zu dem Krankenhaus zu gehört?

K2: Nein. Der soll gar nicht zu dem Krankenhaus gehören, sondern völlig unabhängig sein. Denn wenn er zum Krankenhaus gehört, ist er nicht unabhängig. Der wird vom Krankenhaus bezahlt. Das muss ein behördlich bestellter Mensch sein, der diese Todesfälle dann entsprechend untersucht und nichts mit dem Krankenhaus zu tun hat. Nur so ist die Neutralität gewahrt. Das würde vielleicht auch zur Folge haben, dass Angehörige auch eine gewisse (...) mehr Sicherheit bekommen, wenn ihr Angehöriger im Krankenhaus verstorben ist. Und das ist ja oftmals bei den Hinterbliebenen, dass die da so gewisse Zweifel hegen, die sie aber nicht immer offen aussprechen, aber die sie schon irgendwo haben, ob denn da alles so richtig gelaufen ist.

I: Ok. Ich habe keine weiteren Fragen mehr. Gibt es noch irgendwelche Anmerkungen? (...) Das ist nicht der Fall.

## Interviewtranskript StaatsanwältInnen

I: Inwiefern spielt die ärztliche Leichenschau in Ihrem Berufsalltag eine Rolle?

ST1: Wir sind Staatsanwälte, bearbeiten Dezernate für Kapitalsachen und da kommt man automatisch mit der ärztlichen Leichenschau in Berührung, wenn etwa eine zweite amtsärztliche Leichenschau bei schon freigegebenen Leichen gemacht wird oder natürlich Rechtsmediziner an den Tatort gerufen werden.

ST2: Da kann ich eigentlich gar nichts zu ergänzen.

I: Bei der Leichenschau, die im Krankenhaus stattfindet, also im klinischen Setting, fallen Ihnen da spontan irgendwelche Probleme ein, die sich immer wieder ergeben? Sei es Probleme direkt bei der Staatsanwaltschaft oder auch Probleme, die Ihnen durch die Kripo übermittelt werden?

ST2: Also speziell in der Klinik?

I: Ja genau. Bei Krankenhausfällen.

ST2: In der Klinik haben wir eigentlich ganz andere Probleme. Da haben wir ja meistens das Problem, dass die Polizei die Information bekommt, da ist jemand nach einer Operation verstorben, meinetwegen ein klassischer Fall. Und da liegt das Problem dadurch eher auf der Seite der Polizei, dass die das dann so nicht nachvollziehen können und dann im Zweifel dazu zu tendieren, zu sagen: „Naja, wird schon alles seine Richtigkeit haben. Die Ärzte werden wohl alles gemacht haben, was in ihrer Macht steht.“ Und wenn der Patient dann trotzdem verstorben ist, dann wird das wohl schicksalhaft gewesen sein. Da liegt es mehr daran, dass wir einfach fehlende Erkenntnismöglichkeiten haben, zu dem Zeitpunkt und da gerne eigentlich mal genauer was zu den Hintergründen erfahren hätten. Was die Polizei aber so dann erstmal so nicht ermittelt, weil die sich da nicht so wirklich herantrauen.

ST1: Insofern sind die Fälle, wo eine ärztliche Leichenschau stattfindet eher positiv oder mit zusätzlicher Erkenntnis für uns verbunden.

ST2: Wobei die natürlich aus ihrem medizinischen Hintergrund her natürlich eher eine Einschätzung abgegeben können und sagen können: „Ja, das ist total plausibel, dass im Rahmen einer solchen, meinetwegen einer Hochrisikoperation, diese oder jene Komplikation auftritt und man daran verstorbt.“ Das ist natürlich keine Einschätzung, die sich Polizisten seriöserweise zutrauen können. Und die Schlussfolgerung, die sie daraus ziehen, da sind wir mit der Polizei manchmal uneins. Aber das ist, glaube ich, weniger ein Problem der ärztlichen Leichenschau, sondern mehr ein Problem des weiteren Procedere, ob man dann obduziert oder nicht.

ST1: Und die einzige Erkenntnisquelle, die die Polizisten dafür im Wesentlichen heranziehen, ist der Operateur, der natürlich potenziell der Beschuldigte ist. Insofern wäre es gerade da oft sinnvoll, eine externe Meinung nochmal dazu zu haben. Von einem Arzt. Das wäre, glaube ich, sinnvoll. Insofern es gibt tatsächlich diese Probleme damit, aber die sind gerade eben nicht auf die Fälle anwendbar oder zu übertragen, wo eine ärztliche Leichenschau stattfindet.

ST2: Wenn sie stattfindet, ist das für uns eher zu begrüßen, weil dann haben wir zumindest eine seriöse Quelle, die mit dem entsprechenden fachlichen Hintergrund tatsächlich was dazu sagen kann und uns bei unserer Entscheidung auch behilflich ist.

I: Geht es jetzt da um die zweite ärztliche Leichenschau oder um die erste? Denn die erste muss ja eigentlich immer stattfinden.

ST1: Bei Krankenhausleichen, glaube ich, schaut da sonst keiner drüber. Außer in dem Krankenhaus, wo derjenige verstorbt.

ST2: Also, da gibt es ja eigentlich keine zweite in dem Zusammenhang. Es sei denn natürlich, da wird ein natürlicher Tod bescheinigt. Dann kommt die Polizei gar nicht. Und dann gibt es die zweite Leichenschau. Und dann kommt die OP-Narbe oder irgendetwas oder meinetwegen (...) ja genau, meistens ist es ja die versorgte OP-Narbe, die auf ein Sturzgeschehen meinetwegen schließen lässt. Und der Rechtsmediziner sagt dann: „Ja, das ist aber jetzt dann kein natürlicher Tod, sondern eben ein nicht natürlicher Tod, eine ungeklärte Todesursache.“ Und, ja, in dem Zusammenhang vielleicht, wenn dann diese Einschätzung kommt, dann ist es für uns immer hilfreich, wenn der Rechtsmediziner da an der Stelle direkt sagt: „Ja, wir haben hier Anhaltspunkte für irgendein, wie auch immer geartetes Fremdverschulden,“ oder „uns stört einfach nur die Bezeichnung natürlicher Tod bei genau dieser Konstellation.“ Weil dann letztendlich es ja so weiter geht, dass die Polizei gerufen wird und dann eben ermittelt; oder eben, ja, so eine Ermittlung light durchführt, sag ich mal, weil die sich dann sagen: „Ja, gut an so einer terminologischen Unterscheidung, da ziehen wir uns jetzt nicht hoch und versuchen halt, mit relativ wenig Aufwand die Sache dann eben durch zu bekommen.“ Da ist es natürlich an der Stelle schon hilfreich, wenn der Arzt, der die zweite Leichenschau vornimmt, meinetwegen sagt: „Wir haben jetzt hier aber Anhaltspunkte für ein irgendein Fremdverschulden und würden vielleicht sogar dann eine Obduktion anregen,“ oder so. Das hilft uns dann natürlich, weil wir daher natürlich genauso unwissend davorstehen, wie die Polizei das letztendlich macht, die nur eben in der schlechten Rolle ist. Die müssen halt zuerst daran und zuerst irgendetwas sagen und uns dann was liefern.

ST1: Was manchmal gemacht wurde, ist, dass dann die Kripobeamten bei der Rechtsmedizin angerufen haben und eben gefragt haben, ob irgendetwas plausibel sei, das Operationsrisiko oder Ähnliches und dann die Antwort vermerkt haben. Das ist für uns dann auch immer schon hilfreich gewesen, als Beurteilungsgrundlage, damit man noch irgendetwas Objektives hat, um diese Entscheidung treffen zu können.

ST2: Sonst raten wir ja nur. Und wir raten ja sowieso beim Todesermittlungsverfahren, wenn wir ehrlich sind, aber die Beurteilungsgrundlage sollte halt möglichst breit sein. Niemand kann mit hundertprozentiger Sicherheit ausschließen, wenn da irgendeine Leiche in der Wohnung liegt (...) meinetwegen oder so (...), dass da irgendwie ein Tötungsdelikt hinter steckt. Aber wir gucken ja andersherum, ob es Anhaltspunkte dafür gibt. Ansonsten raten wir auch, aber auf einer gesicherten Grundlage und je gesicherter die Grundlage für uns ist, desto besser. Weil wir letztendlich ja die Verantwortung dafür tragen, wenn dann am Ende irgendwie vielleicht durch einen anderen Zufall rauskommt, nein, das war eben doch kein natürlicher Tod, doch kein schicksalhaftes Geschehen, sondern eben etwas ganz anderes. Das ist ja für uns ein Horrorszenario quasi, dass sich das dann im Nachgang herausstellt. Und deswegen muss unsere Beurteilungsgrundlage so breit wie möglich sein und möglichst irgendwie ärztlich abgesichert.

I: Ist die Beurteilungsgrundlage denn bei den Klinikfällen oftmals groß, gibt es da genug Informationen von Seiten des Krankenhauses? Oder gibt es da manchmal Probleme, diese Informationen zu bekommen?

ST2: Ganz unterschiedlich. Es kommt ja darauf an. Dann ist da ein Schichtwechsel gewesen oder so, dann referiert dann der Arzt aus der Patientenakte und ist dann natürlich defensiv. Muss er ja, weil wenn er den Patienten nicht gesehen hat und aus der Krankenakte referiert, kann er sich ja nicht anders verhalten. Und manchmal sind es halt Ärzte, die sind sehr kommunikativ. Die schildern direkt den ganzen Ablauf und auch irgendwelche Details aus der Operation, dass man letztendlich sagt: „Okay, das mag sein.“ Wenn das jetzt ein Mediziner ist (...) wird man vielleicht sagen können: „Ja, das ist Mist, was er da erzählt.“, aber das sind die Sachen, die für uns sich erstmal plausibel anhören. Das kommt dann letztendlich ganz individuell auf den Arzt darauf an, wie kommunikativ der ist und wie viel Lust der überhaupt hat, in so einem Todesermittlungsverfahren mitzuarbeiten. Da sind die Ärzte auch ganz unterschiedlich drauf.

ST1: Und je näher an der Operation, desto mehr können die Ärzte zwar sagen, aber desto näher sind die auch an dem möglichen Fremdverschulden. Was es immer relativ problematisch macht. Selbst

wenn man noch so schöne Ausführungen hat, zu einer typischen Komplikation. Wenn das derjenige ist, auf den ein Fehler zurückgehen würde, ist es eben auch problematisch; wenn man eigentlich nur diese Erkenntnisquelle hat. Da hat man dann auch ein schlechtes Gefühl.

I: Also näher im Sinne von zeitlich näher?

ST1: Ja, also er ist so die nächste Erkenntnisquelle, was so eine Operation angeht (...) weil er sie durchgeführt hat. Aber er ist auch der potentiell Beschuldigte in dem Verfahren. Und deswegen ist das, was er da sagt, möglicherweise nicht von vornherein frei von Interessenskonflikten. Das mag im Einzelfall immer die Wahrheit sein, trotzdem ist es natürlich für uns dann problematisch, wenn das eigentlich die einzige Erkenntnisquelle ist. Auch wenn die besser ist, als wenn uns nur jemand nur aus dem OP-Bericht vorliest.

I: Haben Sie gelegentlich auch den Eindruck, dass automatisch die Frage eines *nicht natürlichen* Todes mit der Schuldfrage verknüpft wird, auf Seiten der Ärzte? Also, dass davon ausgegangen wird, dass das das Gleiche ist? *Nicht natürlich* bedeutet, jemand ist schuld?

ST2: Würde ich nicht sagen, dass man das jetzt so automatisch hat. Ich habe sogar umgekehrt häufig das Gefühl, dass Ärzte häufig auf Verdacht im Krankenhaus die Order haben von meiner wegen dem Chefarzt oder dem Oberarzt: „Wenn hier jemand stirbt, dann kreuzt ihr immer *ungeklärt* an, um auf der sicheren Seite zu sein.“ Weil die irgendwie dann immer sagen: „Da haben wir uns schon mal eine blutige Nase geholt. Und das passiert uns nicht mehr. Deswegen sind hier alle, die hier sterben, sind das alles ungeklärte Todesfälle.“ Was dann letztendlich wieder die Polizei so ein bisschen auf die Palme bringt, weil die sich dann fragen. „Ganz ehrlich, wieso müssen wir hier raus? Ihr seid doch der Meinung, dass das ein ganz plausibles Szenario ist, dass dieser Mensch jetzt hier gestorben ist.“ Das erlebt man umgekehrt gar nicht so selten, dass die Polizisten sich in ihren Abschlussvermerken darüber auslassen, dass hier ein Arzt wieder völlig überflüssiger Weise eine ungeklärte Todesursache bescheinigt hat, wo doch jedem hätte klar sein müssen, dass das so *natürlich* ist, wie es nur eben sein kann, dieser Todesfall.

I: Welche Konsequenzen hat das für Ihre Arbeit? Dass viele ungeklärte Tode bescheinigt werden?

ST2: Letztendlich ja nur, dass es überhaupt ein Todesermittlungsverfahren gibt und dass wir dann darauf gucken. Das ist der einzige Unterschied. Und wenn es dann so ein Fall ist, ist der ja für uns tendenziell unproblematisch. Wenn der Arzt dann auf Nachfrage sagt: „Ich habe da *ungeklärt* bescheinigt, weil ich eben die Order habe. Ich sehe da aber letztendlich auch nichts.“ und der Rest ist eben auch plausibel, dann ist es für uns sogar ein relativ unproblematisches Todesermittlungsverfahren im Zweifel. Und dann erschöpft es sich eben darin, dass die Polizei mal ihren Unmut äußert, darüber dass sie überhaupt dahinfahren und die Leute befragen müssen. Die haben natürlich, das muss man ja fairer Weise sagen, da ja viel mehr zeitlichen Aufwand mit. Für uns ist so ein Todesermittlungsverfahren, wenn es eine einfache Sache ist, (...) sind das wenige Minuten, in denen wir einen Vorgang lesen. Und die [Kriminalbeamten] müssen eben den Vorgang erstellen, was ja ungleich aufwändiger ist, das ist ja gar keine Frage.

I: Das heißt, bei Ihnen sorgt das nicht für massenweise Mehrarbeit, sondern das sind kurze Fälle, die man dann relativ schnell abarbeiten kann?

ST2: Die einfachen Todesermittlungsverfahren, die wir als einfach bezeichnen, wo wir relativ schnell der Meinung sind, wir können die Leiche freigeben, die sind ja doch ziemlich kurz. Das erschöpft sich dann halt so im ersten Angriff mit einem Anruf meiner wegen. Die rufen dann an, möchten die Leiche dann telefonisch freigegeben haben. Und dann kommt später, ein paar Tage später, der schriftliche Vorgang, wo wir dann noch mal so eine Endkontrolle machen. Da ein bisschen sorgfältiger, weil wir den Vorgang schriftlich ja noch gar nicht kennen, sondern nur telefonisch. Und dann gibt es bei den Leichen aus [Stadt] (...) das ist ja so (...) die kommen einmal am Tag; wir bekommen so eine Sammelemail, wo dann diverse Vorgänge angehängt sind. Und da setzt sich dann einer von uns daran und hat meiner wegen 5 bis 30 Vorgänge; je nach dem, was da so angefallen ist, und gibt eine

Leiche nach der anderen halt frei oder sagt eben: „Nein, sehe ich anders,“ und veranlasst dann eben eine Obduktion. Im Nachgang kommt dann genau auch wieder der schriftliche Vorgang. Und dann muss man es nochmal letztendlich prüfen. Also es sind diese zwei Prüfungsschritte, die man dann eben hat, in jedem Todesermittlungsverfahren. Einmal Leiche freigeben und später das Verfahren dann einstellen, formal.

I: Wissen die Ärzte Ihrer Erfahrung nach, was in Todesermittlungsverfahren passiert? Also wenn Sie mal Kontakt mit Ärzten haben oder das durch die Kripo erfahren. Ist das bekannt in der Ärzteschaft, was das alles bedeutet, wo man das Kreuzchen setzt und was danach geschieht?

ST1: Also wir haben den Kontakt im Prinzip nie. Mir ist auch kein einziger Fall bekannt, wo das direkt war. Das ist alles über die Kripo vermittelt. Insofern können wir dazu tatsächlich wenig sagen. Den Eindruck, den man schon gewinnt, ist, dass gerade auch junge Ärzte oft aus Unsicherheit nicht wissen, was sie da ankreuzen sollen. Das geht aber in beide Richtungen. Manchmal *natürlicher* Tod, wo man sich fragt, wie man auf die Idee kommen kann; auch wenn man jetzt keine konkreten Anhaltspunkte hat für ein Fremdverschulden [hat], später aber jedenfalls erstmal *nicht natürlich* (...) und manchmal eben auch auf der eben beschriebenen Unsicherheit (...) dass dann im Zweifel immer *nicht natürlicher* Tod angegeben wird. Der Eindruck ist, dass gerade bei jüngeren Ärzten da so eine gewisse Unsicherheit besteht, was aber auch im Einzelfall ja möglicherweise auch Definitionsfrage oder gar nicht so leicht zu sagen ist, in welchem Bereich man ist. Ich weiß nicht, ob Ärzte da klarere Vorgaben haben. Auch wir fragen uns manchmal. „Wie ist das jetzt zu klassifizieren?“ Auch wenn man keine Anhaltspunkte für ein Fremdverschulden hat: „Ist das *natürlich*, ist das *nicht natürlich*?“

I: Hat sich das im Verlaufe der letzten Jahre geändert? Also diese Fälle, wo automatisch ein ungeklärter Tod bescheinigt wurde. Sind das mehr geworden oder war das schon immer so?

ST1: Schwer zu sagen, das habe ich jetzt nicht nachgehalten. Ich glaube, dass es ähnlich ist und meine vielleicht eine gewisse Tendenz erkennen zu können, dass im Zweifel mal mehr anzugeben. Habe das aber auch nicht erhoben. Insofern ist das vielleicht nur ein subjektiver Eindruck, der gar nicht stimmt. Also nicht extrem signifikant jedenfalls, glaube ich. Nach meinem sehr subjektiven Empfinden.

ST2: Tendenziell habe ich das Gefühl, dass bei den Notärzten oder so (...) hat man schon häufiger das Gefühl, dass die da vorsichtiger sind.

ST1: Stimmt.

ST2: Möglicherweise vorsichtiger geworden sind. Einfach (...) für die ist das ja die deutlich einfachere Variante zu sagen *ungeklärt*, weil die dann auf der sicheren Seite sind. Dann sind die nicht die, die letztendlich die Entscheidung getroffen haben. Hier wird nichts weiter veranlasst, sondern dann sind die höchstens diejenigen, die möglicherweise, überflüssigerweise so ein Todesermittlungsverfahren initiiert haben. Was ja letztendlich für die Notärzte total folgenlos ist und total risikolos und psychologisch ja auch total nachvollziehbar. Man wird in eine Wohnung gerufen, hat ein Szenario, was einem unbekannt ist. Ein Patient, der einem unbekannt ist. Man ist nicht dauernd an irgendwelchen Tatorten. Tendenziell nie. Dann ist natürlich (...) der Reflex liegt natürlich deutlich näher zu sagen: „Ich habe so wenig Erkenntnismöglichkeiten. Seriös und aus wissenschaftlicher Sicherheit schon mal gar nicht (...) kann ich das ja gar nicht beantworten, was hier möglicherweise passiert ist. Das sollen dann bitte andere beurteilen, die da vielleicht etwas mehr Einblick haben in diesem Fall.“ Das finde ich nachvollziehbar und verärgert mich jetzt ehrlich gesagt tendenziell auch nicht, weil ich glaube, dass es einfach nur normal ist, dass man so handelt.

ST1: Ja.

I: Jetzt sind wir beim Thema Notärzte. Ist es da oft so, dass die Leichenschau gar nicht mehr durchgeführt wird?

ST2: Manchmal liest man nach einer Leichenschau: „Bei ungeklärter Todesursache abgebrochen.“

ST1: Ja.

ST2: Das habe ich auch schon mal. Das ist glaube ich gar nicht so selten dass die dann gucken erstmal. Und ich weiß nicht, wie weit sie dann kommen in ihrer Leichenschau, in der Durchführung, dass man dann irgendwann liest: „Bei ungeklärter Todesursache Leichenschau abgebrochen.“ Da weiß ich gar nicht, was die letztendlich für Richtlinien möglicherweise haben, bis wann sie das durchführen müssen; und ab wann sie sagen können: „Nein, alles Weitere nicht mehr von mir, sondern von einer anderen Stelle oder so.“ Das weiß ich ehrlich gesagt nicht.

ST1: Das weiß ich auch nicht, aber das stimmt. Das sind die Fälle, wo einem das begegnet. Das stimmt. Und sonst weiß ich auch nicht, wie intensiv die das vornehmen jeweils, die Leichenschau, und wie umfangreich. Es ist selten intensiv beschrieben nach meiner Erinnerung, wie umfangreich die das (...)

ST2: Dieser Totenschein, der ist ja (...) da ist ja so wahnsinnig viel nicht drin. Da wird ja in diesem vertraulichen Teil (...) wo da ein bisschen was zu geschrieben wird, im Zweifel. Da kann man ja auch nicht wirklich hinter gucken, ob das jetzt tatsächlich, weiß ich nicht, Ausfluss längerer Untersuchung ist oder ob da jemand sehr selbstbewusst sagt: „Bei so einer Leiche, wenn ich die nur sehe, da weiß ich sofort, was da passiert ist.“ Meinetwegen nach Rücksprache mit den Angehörigen [ist das] ja total plausibel, dass dieses oder jenes hier vorliegt. Das ist vielleicht auch [davon abhängig], was für eine Persönlichkeit der Arzt letztendlich ist. Kennt man ja auch, wenn man zu einem Arzt geht, dann gibt es die ganz selbstbewussten, die haben die Diagnose im Zweifel schon fertig, wenn sie einem die Hand gegeben haben. Und es gibt die, die halt doch sich das erstmal alles in Ruhe erzählen lassen und dann eben schauen und dann ganz vorsichtig die nächsten Schritte planen. Das ist vielleicht bei Notärzten ganz genauso wie bei einem Hausarzt oder bei einem Orthopäden. Die sind da ja ganz unterschiedlich gestrickt, je nach dem, zu wem man da geht. So erkläre ich mir das. Ich weiß nicht, ob das so stimmt.

I: Gibt es denn im Bereich der Notärzte irgendwelche Probleme, die immer wieder auftauchen oder läuft das ganz gut?

ST1: Mir keine bekannt. Das einzige, was man als Problem bezeichnen könnte, aber keins ist, ist eben dieser Reflex. Im Zweifel mal: „Ich kenne den Patienten nicht, ich mache mal *unnatürlich*, wobei das eben manchmal Kripobeamte verärgert, weil das unmittelbar mehr Arbeit ist; aber der Reflex, wie der [ST2] gerade beschrieben hat, zum einen nachvollziehbar ist und das zum anderen sicher das wesentlich bessere Szenario ist, als von vornherein das sehr oberflächlich zu behandeln. Dann lieber viele Verfahren, wo man sich da extra Mühe macht, die am Schluss nichts erbringen, als dass man es ein paar Mal übersieht.

ST2: Weil so andere Szenarien hat man ja schon mal gehabt. Wo dann so Fälle im Nachhinein dann doch geklärt wurden. Und das ist halt für alle Beteiligten mehr als unangenehm. Da gebe ich lieber noch diverse Leichen mehr frei, als dass ich das dann erleben muss, ehrlich gesagt, in meiner Laufbahn. Wobei man sowas leider nie ausschließen kann.

I: Aber sowas kommt selten vor, nehme ich an?

ST1: Ja, wobei möglicherweise man ja auch nicht von all diesen Fällen weiß.

ST2: Das ist eben das Problem natürlich. Wenn quasi die Sache am Ende dann aufkippt, ist es natürlich etwas, was man nie vergisst. Aber was wissen wir schon ganz genau, wen wir da alles freigegeben haben (...) wo doch irgendwie, und sei es nur, meinetwegen das liegt ja viel näher (...) ich halte es für viel plausibler, dass wir z.B. irgendwelche Behandlungsfehler oder so, die passieren, dass da die Dunkelziffer relativ hoch ist. Einfach, weil man bei einer notfallmäßigen Behandlung, bei einer Operation, man ja gar nicht vernünftigerweise wirklich ausschließen kann, dass da was passiert ist.

Wir gehen ja andersherum daran und fragen jetzt: „Haben wir Anhaltspunkte dafür?“ Und diese Anhaltspunkte erstmal zu bekommen, ist ja gar nicht so einfach. Haben wir ja eben beschrieben, was so die Erkenntnisquellen sind. Und trotzdem geben wir dann jemanden frei, wenn wir keine Anhaltspunkte haben. Sonst müssten wir strenggenommen jede Krankenhausleiche obduzieren lassen. Und dann noch ein fachmedizinisches Gutachten obendrauf hauen. Das machen wir natürlich nicht. Deswegen halte ich die Dunkelziffer da für tendenziell höher. Ich hoffe nicht, und ich glaube, die Hoffnung ist nicht ganz unberechtigt, dass uns das bei vorsätzlichen Tötungsdelikten häufig passiert. Das kann ich mir fast nicht vorstellen, aber ausschließen kann man das natürlich auch nicht.

I: Manchmal wird das Phänomen beschrieben, dass der Notarzt eine Todesbescheinigung ausstellt und dann im Nachhinein nochmal der Hausarzt gerufen wird und der dann eine zweite Todesbescheinigung ausstellt. Ist Ihnen so was schon mal zur Kenntnis gelangt?

ST2: Nein, noch nicht. Im Zweifel ist es dann ja nur so, dass der Hausarzt dann natürlich mit ins Boot [kommt], wenn das Todesermittlungsverfahren losgeht. Und der Notarzt, der hat ja eben das Problem, dass er den Patienten nicht kennt. Also gucken wir, dass wir jemanden bekommen, der den Patienten kennt und dann erledigen sich viele Todesermittlungsverfahren ja auf diese Art, dass die halt eben sagen können: „Ja, das ist also jemand, der hat ein ganz chronisches Herzleiden. Das war hier jetzt nur noch eine Frage der Zeit, bis der da tot liegt.“ So erledigen sich sehr viele Verfahren. Und dann hat man natürlich ein tendenziell besseres Gefühl, wenn man dann einen hat, der a) den Patienten kennt und b) sachkundig ist und der uns dann eben eine plausible Todesursache nennen kann.

ST1: Wobei ich keine Erinnerung daran habe, dass die Hausärzte dann nochmal eine Todesbescheinigung ausgestellt haben. Das war nicht so, sondern einfach von der Polizei angerufen worden und kulanterweise dann dazu was gesagt, was jetzt zunehmend schwieriger ist. Mit der Datenschutzgrundverordnung tun die sich zunehmend schwerer, etwas zu sagen. Auch in Fällen, die möglicherweise klar sind. Aber das ist für uns natürlich sehr hilfreich, wenn man so eine Einschätzung von jemandem hat, der den Patienten kennt.

I: Das würde mich auch interessieren, wo wir gerade bei Datenschutz sind: Berufen sich auch öfter mal Ärzte auf ihre Schweigepflicht und geben gar keine Auskunft?

ST1: Zunehmend ja.

I: Kann man ungefähr abschätzen, wie viel Prozent der Fälle das sind?

ST1: Also früher, als es diese Datenschutzgrundverordnung noch nicht gab, war das ein absoluter Ausnahmefall. Nach meinem Empfinden, das habe ich aber auch nicht nachgehalten. Und seitdem herrscht eine größere Verunsicherung und nimmt das sehr deutlich zu, habe ich den Eindruck. Manche Ärzte machen es kulanterweise, manche scheinen gar nicht drüber nachzudenken. Aber es gibt schon viele Fälle, wo die Kripo einfach auch nicht weiterkommt und man dann ohne diese Erkenntnisse dasteht. Das nimmt deutlich zu nach meinem Eindruck.

ST2: Doch das nimmt schon zu. Die Leute sind dann massiv verärgert darüber, dass es wieder so Regularien gibt, die ihnen das Leben schwer machen. Und dann sagen die sich: „Na gut, bevor ich mich jetzt ernsthaft damit auseinandersetze...“ Und das Risiko ist, glaube ich, da in irgendeiner Form belangt zu werden, immer noch sehr, sehr gering. Wo soll da tatsächlich etwas herkommen, was letztendlich denen auf die Füße fällt. Aber dann reagieren die halt so, dass die sagen: „Bevor ich mich jetzt ernsthaft damit auseinandersetze, sage ich gar nichts. Dann sollen die mich doch irgendwie dazu zwingen, dann wollen wir doch mal sehen“. Das ist auch wieder so, wie jemand gestrickt ist, von seiner Persönlichkeit.

I: Zum einen gibt es ja die Schweigepflicht auf Seiten der Ärzte, zum anderen gibt es das sicherlich auch, dass Ärzte mal wissen wollen, was bei einer Obduktion oder bei dem Todesermittlungsverfahren herausgekommen ist. Kontaktieren Sie die Ärzte häufiger oder kontaktieren die eher die Kripo?

ST1: Die Kripo verweist im Regelfall an uns, an die Staatsanwaltschaft, auch um da nichts falsch zu machen, nach meinem Eindruck. Dass Ärzte, auch Hausärzte, dann nachfragen, kommt selten vor, kommt aber vor. So habe ich das im Gefühl. Manchmal fragen auch Kliniken an, wo die entsprechende Operation stattgefunden hat, nach der der Patient dann verstorben ist. Und das habe ich jedenfalls immer im Einzelfall entschieden, ob ich überhaupt dann Auskünfte erteile und auch vor allen Dingen zu welchem Zeitpunkt. Manchmal erst, wenn die rechtsmedizinischen Untersuchungen abgeschlossen waren. Es schien mir aber [ein] relativ seltener Fall zu sein. Manchmal fragen Ärzte auf Bitten der Angehörigen, die es näher wissen wollen, jedenfalls nach meinem Eindruck. Aber tatsächlich sehr selten.

ST2: Ich kann mich also auch nur an wenige Fälle erinnern. Ein Fall, da ist ein Patient verstorben. Ich weiß nicht mehr genau die Hintergründe. Da waren aber eine Menge Ärzte aus dem Krankenhaus daran beteiligt und wohl auch jüngere, unerfahrene Ärzte und so. Und die waren auch wohl emotional, die waren auch ziemlich mitgenommen einfach. Und wollten einfach Klarheit haben, was da jetzt eigentlich passiert ist. Und da habe ich dann das Verfahren abgewartet. Und da gab es, glaube ich, auch ein Gutachten. Und das war letztendlich kein Behandlungsfehler in irgendeiner Form. Und als das dann alles gesichert war, habe ich das dann eben so entsprechend mitgeteilt. Oder es gibt auch schon mal, dass sie sagen: „Wir möchten gerne unser Qualitätsmanagement irgendwie verbessern“, oder so was.

ST1: So ist der Aufhänger immer.

ST2: Ja, und so kommt das dann so nüchtern rüber, eher so [...] Aber eins, das ist mir so in Erinnerung, weil die sagen: „Hier sind eine Menge Ärzte daran beteiligt gewesen, die jetzt auch da wirklich mitgenommen sind, dass die den Patienten verloren haben.“ Und das kam alles sehr plausibel rüber. Und dann habe ich halt gewartet, bis ich wirklich sicher war, dass da jetzt juristisch nicht noch irgendwas nachkommt, strafrechtlich noch irgendwas nachkommt. Und dann habe ich schon drüber informiert.

I: Man kann ja davon ausgehen, dass es für die Ärzte etwas Positives ist, wenn sie eine Rückmeldung erhalten zu den Patienten, die sie behandelt haben. Wäre das in vielen Fällen auch möglich oder spricht oft was dagegen? Zum Beispiel, dass die Ärzte selbst konkret beschuldigt sind? Oder würden Sie sagen, das wäre in einer Vielzahl der Fälle oder in der Mehrzahl möglich?

ST1: Aus meiner Sicht wäre es in der Mehrzahl der Fälle möglich. Jedenfalls ab dem Zeitpunkt, wo die Ermittlungen abgeschlossen sind und man keine Anhaltspunkte für ein Fremdverschulden feststellen kann. Dann dürfte es im Regelfall möglich sein, auch den Ärzten das Ergebnis zur Kenntnis zu bringen.

ST2: Das sind ja die allermeisten Fälle, muss man ja mal sagen.

ST1: Mit großem Abstand. Manchmal kommen Anfragen relativ früh, was nachvollziehbar ist, weil es relativ nah am Todeszeitpunkt liegt. Aber solange mir dann da nicht klar war, wie die Rolle der Beteiligten ist, habe ich da keine Auskünfte gegeben und zu späteren Zeitpunkten hat sich eigentlich nach meiner Erinnerung niemand mehr gemeldet. Also wenn z.B. längerfristige rechtsmedizinische Untersuchungen durch waren, hatte ich auch eigentlich keine Anfragen mehr, sondern wenn, dann selten vorher mal und [ich] habe die später bearbeitet. Aber grundsätzlich spricht nach Abschluss der Ermittlungen meiner Ansicht nach nichts dagegen.

I: Okay, eine Frage noch zu den Klinikfällen. Man hat ja sehr oft diese Fälle, wo es darum geht, dass noch ein medizinischer Eingriff durchgeführt wurde. Und da gibt es unterschiedliche Lehrmeinungen. Daher frage ich Sie jetzt: Wenn der Tod durch eine Komplikation eingetreten ist, die für einen Eingriff typisch ist und der Patient auch darüber aufgeklärt wurde, sollte dann von vorneherein ein *natürlicher* Tod bescheinigt werden oder ein *nicht natürlicher* oder *ungeklärter* Tod? Also wenn es sich um eine Komplikation handelt, aber das eine ganz übliche Komplikation ist?

ST2: Natürlicher Tod hieße ja aber, dass man quasi gar nicht mehr darauf guckt. Und das ist natürlich bei diesen Fällen, finde ich, ehrlich gesagt schwierig. Man kann uns natürlich sagen: „Das ist eine typische Komplikation und da ist auch darüber aufgeklärt worden,“ aber das ist ja streng genommen etwas, was wir prüfen müssen. Und diese Prüfungsmöglichkeit würde man uns ja quasi nehmen, dadurch, dass man einen natürlichen Tod dann bescheinigt. Halte ich letztendlich nicht für richtig. Es gibt ja auch Komplikationen, die dann irgendwie (...) die Sachverhalte sind ja so vielfältig (...) Komplikationen, die auftreten, denen man aber hätte begegnen können, in irgendeiner Form oder so. Das sind ja so viele Szenarien, die da möglich sind. Das jetzt alles abzuwürgen im Vorhinein, das halte ich für sehr schwierig. Und auch diese Einwilligung und Aufklärung, das reicht ja nur soweit, die Einwilligung, wie auch die ärztliche Kunst reicht. Und sobald dann die Regeln der ärztlichen Kunst dann irgendwann verlassen werden, ist auch die Einwilligung nicht mehr gültig. Und das sind dann ja unsere Fälle (...) und leider die komplizierten Fälle, wo wir eben darauf angewiesen sind, uns dann ein externes Gutachten einzuholen und dann erstmal zu prüfen. Ich würde sagen, *nicht natürlich* ist dann einfach richtig.

ST1: Ja

I: Okay.

ST2: Wobei man auch sagen müsste: „Zu dem Zeitpunkt wäre dieser Patient jetzt nicht verstorben.“ Da mag das Grundleiden in absehbarer Zeit zu einem natürlichen Tod (...) oder hätte wahrscheinlich zu einem natürlichen Tod geführt, aber zu dem Zeitpunkt wäre dieser Patient nicht gestorben. Und das ist dann für mich deshalb ein *nicht natürlicher* Tod. Das Leben ist halt verkürzt worden durch einen möglicherweise kunstgerechten Eingriff.

ST1: Schon aus Definitionsgründen. Da kann man vielleicht abweichende Meinungen haben, aber ich meine auch, dass das unter den natürlichen Tod eben nicht fällt und aus den Gründen, die [ST2] gerade genannt hat, halte ich es jedenfalls in der Sache auch für angezeigt, dass daraufhin erstmal ein Todesermittlungsverfahren eingeleitet wird, um diese Dinge eben überhaupt überprüfen zu können. Wenn da ein Arzt (...) sonst hat man ja auch als einzige Erkenntnisquelle eigentlich den Arzt oder das Ärzteteam, die diese fragliche Operation vorgenommen haben. Und die sagen sinngemäß: „Alles in Ordnung.“ Und das wäre eine relativ schmale Grundlage, um daraufhin einen Leichnam nach einer Operation, nach der er verstorben ist, freizugeben. Dabei wäre mir auch nicht wohl.

ST2: Macht die Sache für uns einfacher, es ist nicht unsere Verantwortung. Aber man muss sagen, so ist es einfach nicht richtig.

ST1: Und macht die Sache vielleicht hinterher komplizierter. Als Angehöriger hätte ich auch Mühe, mit so einem Ablauf umzugehen, wenn ich mir da Fragen stelle.

ST2: Ja, das Hauptproblem ist ja, wenn zwei/drei Wochen später dann die Angehörigen kommen und wir haben im Zweifel einen bestatteten Leichnam, im schlimmsten Fall einen feuerbestatteten Leichnam, dann stehen wir natürlich vor Problemen, die wir nie wieder in den Griff bekommen. Und dann können wir nur sagen: „Ist halt jetzt doof gelaufen.“ Und vielleicht war tatsächlich nichts und trotzdem hat man ein massiv ungutes Gefühl. In den meisten Fällen wird ja tatsächlich auch nichts gewesen sein. Aber man hat trotzdem dann ein massiv ungutes Gefühl dabei.

ST1: Und [man] hat auch etwaigen Vorwürfen nichts entgegenzusetzen. Weder seitens der Staatsanwaltschaft noch seitens der Polizei, gegen die sich die Vorwürfe vielleicht richten, noch auch seitens des Klinikums. Wenn nämlich ein Leichnam feuerbestattet ist und Angehörige verschiedene Vorwürfe in den Raum stellen, man aber von vornherein nichts gemacht hat, wird man denen nie ernsthaft begegnen können und auch solchen Vorwürfen den Wind aus den Segeln nehmen können. Dafür würde es eben Gewähr bieten, wenn man zumindest ein Todesermittlungsverfahren durchführt und die Ermittlungen anstellt, vielleicht auch rechtsmedizinische. Das ist ja oft auch für die beteiligten Stellen dann entlastend, wenn solche Vorwürfe hinterherkommen, die gar nicht so selten kommen, wenn Angehörige irgendwie mit diesem Verlust umgehen müssen und das Gefühl haben, es muss

doch jemand schuld sein. Oft ist auch jemand schuld, in vielen Fällen ist aber niemand schuld. Nur hat man dann keine Möglichkeiten, das argumentativ irgendwie den Leuten näher zu bringen.

ST2: Nein. Vor allem, die Vorwürfe kommen dann häufig auch, wenn das einfach mangelhaft kommuniziert wurde. Da sind dann Ärzte, die sind vielleicht auch persönlich da und sind gestresst gerade und können das den Angehörigen nicht so beibringen, was da passiert ist. Dann kommen die Vorwürfe. Die sind dann meistens unberechtigt, weil der Vorwurf ja weniger die Operation oder die Behandlung betrifft, sondern mehr die Kommunikation dessen, was da gerade passiert ist. Und solche Angehörigen sind dann ja gar nicht mehr einzufangen, in dem Moment. Erst wird das nicht kommuniziert, dann sorgt man dafür, dass die Leiche im Zweifel bestattet wird und dann beruft man sich darauf, dass man jetzt wirklich nichts mehr tun kann. Das ist also so ein Dreiklang, den man dann nicht mehr braucht.

I: Hat das zugenommen, dass Angehörige verunsichert sind durch mangelnde Kommunikation nach dem Tod des verstorbenen Angehörigen?

ST2: Ich weiß nicht, ob das zugenommen hat. Aber es ist häufig Stein des Anstoßes. Und das kann ich seriös nicht beantworten, weil ich mache es jetzt erst einem Jahr, aber ich habe halt häufig das Gefühl, dass der Vorwurf eigentlich ganz woanders hingehört. Und man sucht trotzdem irgendwie ein Ventil. Und dann zieht man im Zweifel die ganze Behandlung in Zweifel, weil da sowieso nie jemand gekommen ist und auch nie jemand ein offenes Ohr für einen hatte. Und dann hinterher wurde man dann mit ein paar kurzen Infos abgespeist. Und insgesamt drängt sich dann der Eindruck auf, dass da irgendwas jedenfalls ganz faul ist. Und ist in den meisten Fällen nicht so, weil die Leute einfach keinen Einblick darin haben, wie man in so einer Klinik arbeitet. Aber man kriegt das natürlich niemals wieder eingefangen. Und der Staatsanwalt, der sowieso nicht, weil man ja einfach gar nicht dabei gewesen ist. Das und dann den Sachverhalt aufzuklären, dann die Todesursache genau zu kennen, ist ja vollkommen unmöglich.

ST1: Nach meinem Eindruck haben die Fälle jetzt nicht speziell zugenommen. [Mein] Eindruck aus diesen neun Jahren (...) wobei ich auch das natürlich nicht erhoben habe (...) kommen [diese Fälle] aber immer wieder vor. Und da sind wir bei der Staatsanwaltschaft natürlich relativ, ja, relativ deutlich damit beschäftigt, wenn's mal soweit ist, weil dann alle ganz munter auf uns verweisen. Die Klinik natürlich auf das laufende Verfahren, die Polizei sagt: „Ach, wenden Sie sich bitte an die Staatsanwaltschaft,“ weswegen dann solche Vorwürfe, die ja auch schnell mal strafrechtliche Relevanz haben, bei uns oft vorkommen und auch, dass sozusagen dieser Erklärungsaufwand dann auch zum großen Teil bei uns liegt. Also, das kommt immer wieder vor. Und ist teilweise auch manchmal bei Angehörigen, die den Tod einfach nicht verstehen oder verarbeiten können oder wollen, Teil der aktiven Trauerarbeit. Nur da ist es dann ganz wichtig, dass man den Leuten irgendwelche Befunde entgegensetzen oder vorhalten kann. Sofern man die nicht hat, ist es im Prinzip ein Fass ohne Boden, so eine Geschichte. Und man wird da auch den Leuten kaum ernsthaft was Sinnvolles sagen können.

I: Wie ist es im hausärztlichen Bereich? Können Sie da irgendetwas zu sagen? Gibt es da irgendwelche wiederkehrenden Probleme oder Problemfälle?

ST2: Was ist damit jetzt genau gemeint?

I: Leichenschauen, die durch Hausärzte durchgeführt werden. Beispielsweise in Pflegeheimen oder auch, wenn derjenige zu Hause verstorben ist.

ST2: Haben wir fast nicht, oder?

ST1: Nein. Die sind tatsächlich relativ unkompliziert, weil die Leute dann auch (...) ja, weil auch dann oft die Ärzte Angaben zur Vorgeschichte machen und so. Ähnliche Probleme sind mir aber nicht bekannt. Auch da ist es natürlich grundsätzlich strukturell auch so, dass der Arzt der ist, der vorher die

Behandlung zu verantworten hatte und möglicherweise auch da ein eigenes Interesse an der ganzen Geschichte hat. Probleme sind mir da aber nicht bekannt.

I: Dann noch ein paar allgemeine Fragen: Ich glaube, wir hatten schon eben kurz das Thema „Wissen der Ärzteschaft über Todesermittlungsverfahren“. Besteht da aus Ihrer Sicht Fortbildungsbedarf? Würden Fortbildungen helfen?

ST1: Grundsätzlich wäre das natürlich nicht schlecht, wobei auch das teilweise bei uns ja schon Definitionsfragen sind. Welcher Tod ist jetzt noch natürlich? Welcher ist nicht mehr natürlich, in welcher Form ist der eigentlich nicht natürlich? Wo ist jetzt da ein Fremdverschulden oder auch nicht? Ich glaube, das ist schon relativ schwierig, diese Kategorien überhaupt festzulegen und das machen möglicherweise die Leute dann auch im Einzelfall höchst unterschiedlich. Grundsätzlich ist es wahrscheinlich nicht schlecht, Ärzte umfassend darüber aufzuklären, welche Folgen solche Einschätzungen haben und was das dann für Ermittlungen nach sich zieht. Da bin ich mir gar nicht immer sicher, ob jedenfalls Berufsanfänger im Einzelnen wissen, was ein Todesermittlungsverfahren auslöst und was dann gemacht wird. Wobei sie davon dann nicht ihre Entscheidung per se abhängig machen sollten. Aber wenn da eine gewisse Sensibilität da wäre, wäre das möglicherweise nicht schlecht.

I: Sieht man denn einen Unterschied zwischen den jüngeren Ärzten und den älteren Ärzten? Sind die älteren Ärzte tatsächlich auch die erfahreneren in Sachen Todesermittlungsverfahren?

ST2: Das kann man so, glaube ich, gar nicht sagen. Aber vor allem haben wir meistens mit dem Alter der Ärzte, der Beteiligten, (...) setzen wir uns ja gar nicht so auseinander.

ST1: Stimmt. Insofern war das von mir klischeehaft, als dass mir wahrscheinlich nur Fälle in Erinnerung sind, wo dann gesagt wird: „Naja, das war ein junger Kollege/eine junge Kollegin, weil die den Ablauf noch nicht so gut kannten haben die halt hier *unnatürlich* angekreuzt“, oder so was. Das sind sozusagen Einzelfälle, insofern hat der Herr [ST2] völlig recht, sonst wird das Alter hier überhaupt nicht erhoben und wir nehmen vom Alter der Ärzte, die hier was bescheinigen, überhaupt keine Kenntnis und wissen das nicht. Insofern kann man dazu wahrscheinlich keine seriöse Aussage treffen. Es gibt nur immer mal wieder diese Fälle, wo gesagt wird: „Naja stimmt, wenn die Polizei Kritik übt an der Art und Weise, wie da bescheinigt wurde,“ dass dann öfter mal gesagt wird: „Naja, das war der junge Kollege, die junge Kollegin, die wussten das nicht so genau.“

ST2: Ja, und das ist dann so. Wir versuchen im Zweifel, den Konflikt zu vermeiden, dem so aus dem Weg zu gehen. Ob da tatsächlich jetzt eine Einsicht zu Grunde liegt, ist ja noch eine andere Frage. Wobei man da wirklich wahrscheinlich entschärfend sagen muss, selbst Staatsanwaltschaft und Polizei sind da, was die Terminologie angeht, [sich] häufig nicht wirklich einig. Da werden dann irgendwelche Kategorien bei der Polizei angekreuzt, unter denen wir uns gar nichts Vernünftiges vorstellen können. Was die damit meinen, bleibt relativ unklar. Weil die Polizei auch wieder Kategorien hat, die nicht sämtliche Möglichkeiten erschöpfen (...) letztendlich oder nur so schlagwortartig, dass man sich darunter alles oder nichts vorstellen kann. Es gibt eine Kategorie bei der Polizei, die heißt: *sonstiger nicht natürlicher Tod*. Das kann, wenn man sich die Alternativen dazu anguckt, so ziemlich alles heißen. Vom Messer im Rücken bis eben zum Unfall.

I: Da gibt es also noch mehr Todesarten?

ST2: Ja.

ST1: Es ist nicht klar definiert. Wir haben so unsere Formulare, wo wir versuchen die Todesart in eine bestimmte Kategorie zu quetschen. Die Polizei hat das auch. Und es ist ja oft im Einzelfall ganz schwer zu definieren: Was ist das jetzt eigentlich? Auch, wenn das Ergebnis klar ist: Ich habe jetzt keine Anhaltspunkte für ein Fremdverschulden. Ist das das noch natürlich, ist das nicht mehr natürlich? Ist das ein Unfall? Ist z.B. eine OP, wo was schief geht, ist das eigentlich ein Unfall? Da

mag es ganz unterschiedliche Definitionsweisen von ganz unterschiedlichen Leuten geben. Entscheidend ist ja am Schluss nur, ob man Fremdverschulden feststellt oder nicht.

ST2: Ja, das ist für uns halt eben entscheidend, ob die jetzt sagen bei der OP, die dann letztendlich tödlich verlaufen ist, es ist ein *sonstiger nicht natürlicher* Tod. Das ist aber für uns kein Begriff, der jetzt unsere Arbeit beendet, wo wir jetzt sagen: „Da sind wir ja zufrieden. Dann wissen wir ja, was es ist. Dann ist es ein *sonstiger nicht natürlicher* Tod.“ Sondern uns stellt sich halt eben die Frage, ist der auf einen Fehler zurückzuführen oder auf einen in einem anderen Szenario (...) auf ein vorsätzliches Verhalten? Was soll das eigentlich sein? Es ist also nichts, was mir die Arbeit erleichtert. Da fängt meine Arbeit erst an, die der Polizei hört an der Stelle auf. Und da kommt man nicht so richtig zusammen. Da müsste man sich tatsächlich (...), aber das ist jetzt keine Sache, die jetzt per se die Ärzteschaft betrifft. Was ich halt damit nur sagen will, ist, dass wenn wir über Begriffe uns unterhalten, dann sollten wir uns klar darüber sein, was mit den Begriffen eigentlich gemeint ist (...) was der andere damit meint. Nur dann kommen wir ja der Sache näher. Der Begriff als solcher ist ja nichts, was uns überhaupt weiterbringt.

I: Noch eine andere allgemeine Frage: Wie schätzen Sie die Einstellung der Ärzteschaft zu Obduktionen ein? Werden die eher befürwortet, werden die eher skeptisch betrachtet?

ST2: Das ist ganz unterschiedlich, würde ich sagen. Ich glaube nicht, dass Ärzte generell skeptisch sind, was Obduktionen angeht. Ich glaube auch nicht, dass die generell obduktionsfreudig sind. Ich schätze das einfach so ein, dass die Ärzte, basierend auf dem was sie wissen, dann eine Obduktion für sinnvoll erachten, wenn sie der Meinung sind: „Da lässt sich tatsächlich etwas herausfinden, was wir nicht jetzt sowieso schon wissen.“ Ich glaube nicht, dass Ärzte per se Angst davor haben, vor einer Obduktion oder dass die per se sagen: „Nein, wir müssen jeden obduzieren, der tot ist.“ Ich glaube, das ist eine individuelle Geschichte.

ST1: Genau, einverstanden. Auch gerade in Fällen, wo Vorwürfe von außen relativ schnell kommen. Manchmal sogar, dass ich den Eindruck habe, Ärzte sind auch froh, wenn man eine Obduktion veranlasst. Auch wenn man möglicherweise diese Veranlassung zunächst gar nicht hat. Aber eine ganz allgemeine Einschätzung dazu traue ich mir auch nicht zu. Jedenfalls [sind sie nicht per se obduktionsfeindlich. Das auf keinen Fall.

ST2: Heute hatte ich wieder einen, da hat der Notarzt das sogar befürwortet. Der hat das dann wirklich ganz deutlich reingeschrieben: „Hier auf jeden Fall eine Obduktion.“ War am Ende letztendlich nichts. Aber er hatte ein blödes Gefühl bei der Sache. Hilft mir sogar. Wenn ich mir die Frage stelle: „Müssen wir den obduzieren lassen oder nicht?“, und der Notarzt hat dann so ein eindeutiges Votum abgegeben, ist das eine gute Sache. Das erleichtert mir dann natürlich auch die Arbeit. Er wird da ja Gründe dafür gehabt haben, die er dann auch im Einzelnen dargelegt hat. Und dann ist das für uns eine gute Entscheidungshilfe. Besser als das, was die Polizei überhaupt nur ermitteln kann; was halt nichts damit zu tun hat, dass die keine Ahnung haben, sondern dass sie tatsächlich medizinische Sachverhalte nicht beurteilen können, wie wir das eben auch nicht können.

ST1: Und auch nur beschränkten Zeitraum haben, das erheben zu können und Erkenntnisquellen dazu heranzuziehen.

I: Gibt es irgendwelche Dinge an der Todesbescheinigung, die Ihnen einfallen, die immer wieder Probleme bereiten? Also an dem Formular. Gibt es da irgendwelche Stellen, die ungünstig formuliert sind, die man aus Sicht der Staatsanwaltschaft verbessern könnte? Oder ist es alles okay?

ST2: Das Formular als solches halte ich für unproblematisch. Für uns sind dann immer diese Stellen interessant, *natürlich*, *nicht natürlich* und diese Anhaltspunkte dafür, dass es da irgendein Fremdverschulden oder wie das da formuliert ist, irgendwelche Anhaltspunkte gibt. Das ist ja das, was für uns entscheidend ist. Und dann ist für uns natürlich entscheidend, was da dann im vertraulichen Teil noch aufgeschrieben wird. Und dann liegt das Problem nicht bei dem Formular als solchem,

sondern mehr an der Frage, wie schön ist die Handschrift desjenigen, der das da ausfüllt. Das hat mit dem Formular als solchem nichts zu tun.

I: Ist es öfter mal so, dass man es nicht lesen kann?

ST2: Man kann es mal nicht lesen, das ist halt (...) Das wird dann in der Hektik geschrieben und dann sind da teilweise vielleicht Fachbegriffe drin, die ich nicht kenne oder so. Und die sind dann nicht besonders deutlich geschrieben. Dann habe ich halt letztendlich als Informationsquelle tatsächlich nur die Kreuzchen, weil der Rest halt nicht leserlich ist.

I: Es ist ja so, dass sämtliche Feuerbestattungen, sämtliche Auslandsüberführungen und auch Körperspenden im Rahmen einer zweiten Leichenschau noch mal beurteilt werden. Wir haben auch eben schon kurz darüber gesprochen. Was sind denn das für Fälle, die Ihnen gemeldet werden typischerweise? Eine Sache hatten Sie genannt, wenn beispielsweise eine Operationswunde am Leichnam zu sehen ist und in der Todesbescheinigung nichts dazu steht. Was sind das noch für Fälle?

ST2: Ein Sturzgeschehen wird da irgendwie in der Todesbescheinigung genannt oder so. Und trotzdem wird ein natürlicher Tod dann eben daraus gemacht. Das ist natürlich etwas, was dem Rechtsmediziner dann auffällt.

ST1: Oder Hämatome, die man feststellt, die dann am Ende auf ein Sturzgeschehen zurückgehen. Von dem man aber dann feststellt oft, dass es überhaupt nicht todesursächlich ist. Oder eben möglicherweise auch tatsächlich bekannt war, aber man keine Anhaltspunkte für ein Fremdverschulden hat. Das ist auch so ein klassischer Fall, wo dann irgendwelche Befunde, die man dann an dem Leichnam hat, nicht zu einem natürlichen Tod passen. Das sind eigentlich dann die Fälle, die da ja auffallen und ganz oft Fälle, die sich dann sehr schnell durch kurze Ermittlungen der Kripo in Wohlgefallen auflösen. Also da sind mir viele in Erinnerung. Aber das ist mir wesentlich lieber, als wenn man von vornherein nichts macht. Das ist sozusagen, der ganz objektive Blick von draußen. Man sieht schlicht und einfach nur den Leichnam, hat nur die Todesbescheinigung und sieht, dass was nicht in Einklang zu bringen ist von vornherein. Das löst sich oft schnell in Wohlgefallen auf, aber es ist gut, dass man eben diesen Kontrollmechanismus hat, weil das eben auch nicht in jedem Fall so ist.

I: Das verstehe ich so, dass sich in den meisten Fällen die Todesart dann gar nicht als nicht natürlich oder ungeklärt herausstellt, sondern eher, es bleibt dann beim natürlichen Tod?

ST1: Genau. Oder jedenfalls [gibt es] keine Anhaltspunkte für ein Fremdverschulden. Was ja die entscheidende Frage ist. Das ist nach meinem Empfinden (...) ist das die ganz überwiegende Mehrzahl dieser Fälle. Aber trotzdem eben wichtig, dass man sich die genauer anschaut.

ST2: Ja, da wird angerufen. Meinetwegen bei den Angehörigen und der Ehemann sagt: „Ja, die ist tatsächlich gefallen gestern, in meinem Beisein.“ Dann haben wir [einen] nicht natürlichen Tod, meinetwegen Unfall, kreuzen wir dann an, aber wir wissen eben halt auch, wie dieser Sturz zustande kam. Und dann ist unsere Arbeit an der Stelle ja auch getan. In dem wir dann die Kategorie ändern in Unfallgeschehen. Aber wie gesagt. Entscheidend für uns ist: Fremdverschulden, ja oder nein? Und das ist ja das einzige, was uns jetzt interessiert. Die Kategorie als solche ist ja dann relativ egal.

I: Kommt es auch manchmal vor, bei den Fällen, die im Rahmen der zweiten Leichenschau entdeckt werden, dass der Tod dann schon so lange her ist, dass beispielsweise die Obduktionsergebnisse gar nicht mehr so aussagekräftig sind oder der Fall in irgendeiner Form nicht mehr gut aufzuarbeiten ist?

ST1: Ist mir kein Fall dazu in Erinnerung. Ohne dass ich eben sagen könnte, dass so etwas nicht vorkommt, aber ich habe keine Erinnerung.

ST2: Nein, wüsste ich jetzt auch nicht. Wobei natürlich klar [ist], wenn dann im Zweifel exhumiert werden müsste oder so was, da habe ich schon einen Fall mal [gehabt], wo das eben passiert ist. Und dann steht man natürlich vor dem Problem, dass die Ergebnisse nicht so wahnsinnig aussagekräftig sind.

I: Gibt es aus Ihrer Sicht Änderungsbedarf an dem System der zweiten Leichenschau? Zum einen könnte man ja sagen, die ist überflüssig und die erste Leichenschau reicht. Zum anderen könnte man auch sagen, nicht nur die Feuerbestattungsfälle und Auslandsüberführungen und Körperspende sollten noch mal angesehen werden, sondern auch sämtliche Erdbestattungen. Oder ist das okay, so wie es ist?

ST1: Das können wir überhaupt nicht mit Sicherheit sagen, weil wir nicht beurteilen können, welche Fälle der Kripo und uns durchgehen. Aus staatsanwaltschaftlicher Sicht, würde ich sagen, wäre es wünschenswert, wenn eigentlich in jedem Todesfall noch mal eine ärztliche Leichenschau stattfindet. Weil das unsere Beurteilungsgrundlage breiter machen würde und man mit einem wesentlich besseren Gefühl Leichen freigeben könnte. Das ist natürlich gleichwohl eine Zeit-, Personal- und insbesondere Kostenfrage. Weswegen das möglicherweise kein besonders realistisches Szenario ist. Gleichwohl sind ja auch Fälle denkbar, in denen Ärzte und auch Hausärzte entweder (...) das ist ein theoretischer Fall möglicherweise, aber er ist denkbar (...) kollusiv mit den Angehörigen zusammenarbeiten. Oder aber auch, dass den Leuten daran gelegen ist, eigenes Fehlverhalten im Vorfeld zu verdecken, sodass eine zweite Meinung, eine zweite ärztliche Meinung dazu aus unserer Sicht immer wünschenswert wäre; und man ein sehr viel besseres Gefühl dabei hätte, Leichen, die auch zunächst völlig unproblematisch aussehen oder Leichensachen dann freizugeben. Wie realistisch das ist, kann ich nicht einschätzen, aber wenn man sozusagen nur nach unseren Wünschen fragt, wäre das sicherlich hilfreich.

ST2: Ganz klar, keine Frage. Wir haben ja letztendlich dann das gleiche Problem bei Wohnungsleichen. Da ist unsere Erkenntnisquelle im Zweifel dann der Partner oder der Sohn, Mutter, wer auch immer. Jedenfalls jemand, der nahe dran ist und der natürlich auch, wenn man (...) die vorsätzlichen Tötungsdelikte, die wir so kennen. Die spielen sich genau in diesem Bereich ab im Zweifel. Und das ist aber unsere Erkenntnisquelle und häufig unsere einzige. Genau wie das beim operierenden Arzt eben der Fall ist. [Und] da stellt sich genau das gleiche Problem eben. Wie plausibel ist das? Und im Zweifel, wenn es plausibel ist, kommen von uns keine Nachfragen mehr und dann wird die Leiche freigegeben. Aber da wird es auch ein Dunkelfeld geben. Ganz klar.

ST1: Auch bei Suiziden und Auffindern, wenn das im in einem engeren Lebensumfeld geschieht. Es ist vielleicht auch so, dass das alles ganz plausibel erscheint, was uns der Auffinder da schildert, aber auch da es dann manchmal sinnvoll wäre, wenn man noch eine objektive Meinung dazu hätte. Begrüßenswert wäre das.

I: Damit sind wir schon fast beim Thema Lösungsansätze angelangt. Erstmal als offene Frage. Haben Sie Lösungsvorschläge für die genannten Probleme? Gibt es irgendwas, was Ihnen einfällt, was das System der Leichenschauen verbessern würde?

ST2: Bei der zweiten Leichenschau vielleicht das Formular. Da könnte man darüber nachdenken. Da hat man es ganz häufig, dass dann der Text (...) da ist einfach nicht genug Platz für den Rechtsmediziner, da irgendwie etwas zu schreiben. Und dann geht es nochmal los und dann ist es da am Rand. Dann kommt hier noch was und wird da noch etwas da reingequetscht. Ich glaube einfach, das liegt daran, dass dieses Formular viel, viel zu klein ist dafür. Und da wäre es vielleicht nicht schlecht, wenn der Rechtsmediziner da schon mal irgendwie sich äußert: Gibt es da Anhaltspunkte für ein Fremdverschulden? Würde er eine Obduktion anregen, aus rechtsmedizinischer Sicht? Würde das Sinn machen? Das würde uns an der Stelle schon mal häufig helfen, weil die Ermittlungen, die dann losgehen, die erfolgen häufig mit so ein bisschen angezogener Handbremse, habe ich das Gefühl. Das läuft dann so nebenbei. Da wird dann das KK11 informiert. Und die sollen dann im Nachgang einen eigentlich schon gelösten Fall noch mal irgendwie so aufrollen. Da ist die Bereitschaft nicht so

hoch, da besonders viel Energie zu investieren. Häufig ist es dann auch so, der Rechtsmediziner sagt: „Das ist jedenfalls kein natürlicher Tod“, und dann wird so ein bisschen rumermittelt und man ist eigentlich keinen Schritt weiter. Und man möchte halt von der Polizei die Freigabe haben, obwohl man eigentlich genau die Fragen, die da im Rahmen der zweiten Leichenschau aufgeworfen wurden, ja gar nicht beantwortet hat. Das ist dann immer schwierig, den Polizisten dann zu kommunizieren, dass das nicht reicht, um jetzt zu sagen: „Okay, dann geben wir halt frei.“ Das wäre vielleicht hilfreich, wenn sich der Rechtsmediziner an der Stelle schon in irgendeiner Form positioniert, um uns die Entscheidung am Ende zu erleichtern. Und vielleicht bevor es zu uns kommt, der Polizei schon so eine Richtung zu geben, wohin es vielleicht gehen könnte.

I: Gilt das auch für die Todesbescheinigung vielleicht? Wäre das da auch wünschenswert, wenn der Arzt sich direkt zum Thema mögliches Fremdverschulden äußern würde?

ST2: Das ist halt ein bisschen schwieriger. Beim Rechtsmediziner, dem traut man das halt eher zu. Der weiß, in welchem Szenario er sich da bewegt, was letztendlich für die Staatsanwaltschaft die entscheidenden Fragen sind. Die gehen natürlich mit einem ganz anderen Blickwinkel daran als jetzt der Notarzt meinetwegen, der das vielleicht aus irgendwelchen anderen Gründen interessant findet, wenn man diese Leiche jetzt obduziert, die sich mit unseren Fragestellungen ja niemals deckt. Deswegen wäre ich da vorsichtig, solange wie ich mir nicht sicher bin, dass die Notärzte, die am Einsatzort sind, verstehen, was ein Todesermittlungsverfahren eigentlich ist. Wozu es dient, wozu es eben nicht dient. Solange das nicht sichergestellt ist, verspreche ich mir davon jetzt nicht einen großen Erkenntnisgewinn oder so.

ST1: Im Zweifel würde es dazu führen, wenn eben kein Bewusstsein dafür da ist, dass das in jedem Fall angekreuzt wird, dass Fremdverschulden nicht ausgeschlossen ist, weil das möglicherweise niemand auf seinen Deckel nehmen will, der nicht genau weiß, was das jetzt eigentlich so für Folgen haben kann. Insofern würde das tatsächlich aus meiner Sicht auch nur Sinn machen, wenn die Leute entsprechend fortgebildet oder sensibilisiert sind, was dann die Folgen einer solchen Einschätzung sind. Sollte das so sein, ist so eine Einschätzung dazu natürlich hilfreich für uns, das ist klar. Aber beim jetzigen System würde das, glaube ich, tatsächlich dazu führen, dass sich da niemand festlegen will unnötig und dass [es] die Zahl der Todesermittlungsverfahren wahrscheinlich wesentlich in die Höhe treiben würde.

ST2: Oder der Notarzt sich auch möglicherweise zu Recht darauf zurückzieht, dass Fremdverschulden auch eine juristische Kategorie ist. Und das würde ich auch für mich in Anspruch nehmen, dass ich das zu prüfen habe. Und das kann ich (...) wir laden ja vieles bei den Ärzten ab in solchen Verfahren. Gerade wenn es Ärzteverfahren sind und so. Und ich finde, das muss auch Grenzen haben, was wir den Ärzten realistischerweise aufbürden können. Die sollen uns den Sachverstand ersetzen, den wir nicht haben an bestimmten Stellen (...) aber wenn wir eben versuchen, [ihnen] auch noch das aufzubürden, dann ist das so eine Sache, die für uns möglicherweise bequem ist, aber der Sache, glaube ich, unangemessen ist.

I: Es gibt ja das System des professionellen Leichenschauarztes. Dass jeder Leichnam von einem professionellen Leichenschauarzt gesehen wird. Würde es aus Ihrer Sicht Sinn machen? Und ist das auch machbar?

ST2: Möglicherweise mehr Sinn als jetzt die Sache, dass der Notarzt schon selbst sagt: „Das ist jetzt für mich jetzt ein Fall, der was für eine Obduktion ist.“ Insofern würde man ja dieses Problem so ein bisschen entschärfen, dass man sagt, man nimmt jetzt jemanden, der vielleicht ähnlich wie ein Rechtsmediziner die entscheidenden Fragestellungen im Kopf hat, wenn er sich so eine Leiche anschaut. Insofern sicherlich begrüßenswert, machbar weiß ich nicht, da traue ich mir keine Einschätzung zu.

ST1: Das hängt auch nicht von uns ab. Und ich glaube, dass wir da auch keinen Einfluss haben. Insofern kann man da tatsächlich keine Einschätzung abgeben. Sinnvoll und begrüßenswert wäre es auf jeden Fall.

I: Und eine andere Idee wäre, dass man für die Ärzte eine Art Indikationskatalog schafft, d.h. dann hätten die Ärzte einen Beispielkatalog bzw. einen Katalog mit konkreten Vorgaben, in welchen Fällen ein nicht natürlicher Tod zu bescheinigen ist, in welchen Fällen ein ungeklärter und in welchen Fällen ein natürlicher, z.B. im Sinne von Beispielfällen. Ist das aus Ihrer Sicht sinnvoll und machbar?

ST1: Ich denke machbar dürfte es sein, sinnvoll ist es wahrscheinlich auch, um so eine gewisse Sensibilität herzustellen. Das Problem an diesen Beispielfallkatalogen ist immer das, dass das natürlich dazu verleitet, die als abschließend zu betrachten und dann Dinge nicht so richtig darein quetschen zu können und zu denken: „Dann wird das wohl nicht so von Relevanz sein.“ Insofern, wenn man das tun würde, müsste man sehr deutlich auch die Maßgabe mitgeben, dass das nur Anhaltspunkte sein können und in vergleichbaren Fällen man vielleicht doch lieber sagen soll, dass man es nicht genau beurteilen kann. Zur Erläuterung dessen, worauf dann hinterher jedenfalls uns geachtet wird, ist es vielleicht nicht schlecht, wenn man es in so einer offenen Form macht. Aber ich würde mir auch nicht zutrauen, da einen abschließenden Katalog erstellen zu können, von Fallkonstellationen.

ST2: Es wäre mir aber auch im Einzelfall zu viel Verantwortungsvollverlagerung auf die Ärzte. Ich glaube nicht, dass man das so verfolgen sollte. Man hat zwar grundsätzlich möglicherweise einen Juristen, der diese Kategorien entworfen hat. Die werden dann höchst unterschiedlich interpretiert. Dann sind wir wieder bei dem Problem, welcher Begriff ist da der richtige. Wobei es nicht um Begriffe gehen sollte eigentlich. Da, glaube ich, ist das jetzige System dem dann doch überlegen, in dem man eben sagt, ja da ist ein Notarzt, der in nicht ganz klaren Fällen einfach sagt: „Nein, fangt mal an zu ermitteln.“ Und wenn es tatsächlich nach den Ermittlungen immer noch kritisch ist, dann guckt da jemand darauf bzw. obduziert, der davon Ahnung hat. Glaube ich nicht, dass so ein Katalog uns wirklich weiterbringt, der vereinfacht das Ganze vielleicht so ganz verwaltungstechnisch, aber wenn man sagt, wir möchten das richtige Ergebnis haben und möchten der Sache auf den Grund gehen, möchten tatsächlich wissen, was da passiert ist, ist das glaub ich nichts, was uns in der Sache weiterbringt. Auch wenn es für uns bequem ist, wenn wir darauf verweisen können, der Notarzt hat es ja gesagt, wie es ist. Ob der es im Einzelfall genauso verstanden hat, wie ich das verstehe, weiß ich nicht. Das wäre mir zu unsicher, ehrlich gesagt.

I: Ist es aus Ihrer Sicht so, dass weiterhin jeder Arzt die Leichenschau durchführen sollte oder würden Sie z.B. sagen, es würde mehr Sinn machen, wenn in jedem Fall, wo ein Notarzt vor Ort ist, noch mal ein anderer, z.B. der professionelle Leichenschauer, gerufen würde. Oder im Krankenhaussetting, da sollte das nicht der Krankenhausarzt oder der behandelnde Arzt selbst machen, sondern da sollte noch jemand anders darauf gucken?

ST2: Keine Bedenken. Würde ich befürworten.

ST1: Ja, das wäre hochgradig sinnvoll. Insbesondere, wenn es um denjenigen geht, der diese Diagnose stellt, ob *natürlich*, *nicht natürlich*, Fremdverschulden ja oder nein. Der eben mit der Behandlung vorher befasst war. [Es] wäre immer begrüßenswert, wenn jemand weiteres noch eine Diagnose dazu abgibt. Aus den Gründen, die wir vorher genannt haben.

I: Das heißt insbesondere im Krankenhaus, oder?

ST1: Im Krankenhaus oder aber auch theoretisch je nach Konstellation mag ja auch so ein Notarzt da durchaus mit Fragen konfrontiert sein, was seine notärztliche Behandlung vorher angeht. Wenn nicht von vornherein der Patient schon klar tot ist, wenn er dort eintrifft und der nur noch bescheinigen soll. Oder auch der Hausarzt, selbst wenn er den Patienten auch ein Weilchen nicht gesehen hat, mag es ja durchaus sein, dass da im Vorfeld Fehldiagnosen geschehen sind. Insofern ist jede weitere oder dritte Meinung in solchen Fällen eigentlich objektiv sinnvoll.

I: Gibt es noch weitere Lösungsvorschläge? Oder generell noch weitere Anmerkungen?

ST2: Was jetzt den speziellen medizinischen Bereich angeht, man mag Vieles an dem Todesermittlungsverfahren, so wie es ist, kritisieren, aber es betrifft eigentlich nicht den ärztlichen Bereich.

ST1: Die Fälle jedenfalls, wo eine zweite Leichenschau stattfindet oder diese theoretischen Fälle, die jetzt eben ins Spiel kamen, wo noch mal ein professioneller Leichenschauer, etwa ein Dritter, dazukommt, sind aus unserer Sicht per se begrüßenswert. Das sind eben nicht, weil das selten vorkommt (...) sind das nicht Problemfälle für uns. Problemfälle sind eben die, wo das gerade nicht geschieht. Ob das organisatorisch machbar ist, immer eine solche weitere Meinung einzuholen, können wir, glaube ich, nicht beurteilen. Aus unserer Sicht wäre es aber vorbehaltlos begrüßenswert. Und eben solche Fälle, auch gerade diese typische zweite Leichenschau vor einer Feuerbestattung oder Ähnliches, sind nie problematisch für uns. [Weil sie] ein Todesermittlungsverfahren auslösen, was sich oft schnell löst (...) aber das ist ja gerade wünschenswert, dass man sich im Zweifel ein bisschen Gedanken zu viel macht, als irgendwas zu übersehen.

I: Wenn es keine weiteren Anmerkungen mehr gibt (...) dann sind wir am Ende. Vielen Dank.

# Danksagung

Ich möchte mich in besonderem Maße bei meiner Doktormutter Frau Prof. Dr. Stefanie Ritz-Timme bedanken, die mich unterstützt und motiviert hat und mir bei der Konzeption, Durchführung und Verfassung dieser Arbeit jederzeit mit Rat und Tat zur Seite stand.

Darüber hinaus bedanke ich mich herzlich bei Herrn Prof. Dr. Benno Hartung, Herrn Dr. Felix Mayer und Frau Dr. Anna Heger, die immer ein offenes Ohr und wertvolle Ratschläge für mich hatten.

Danke auch an Frau Anja Bisignano, die die mühevollen Arbeit der Transkription übernommen hat, und Frau Dipl. Soz.-Wiss. Melanie Siegel, die mich bei methodischen Fragen zur Planung und Durchführung von Fokusgruppeninterviews sowie zur qualitativen Inhaltsanalyse hilfsbereit und kompetent beraten hat.

Mein besonderer Dank gilt meinen Eltern und Remo, ohne deren Unterstützung ich wohl nicht an den Punkt gekommen wäre, diese Danksagung zu schreiben.

Liebe Ramona, ich habe dich um Hilfe gebeten und du warst da – tausend Dank.