Landratsamt Biberach

Merkblatt – Ausfüllhilfe für den „vertraulichen Teil“ der Todesbescheinigung

Allgemeine Hinweise

Die Feststellung des Todes und die Durchführung der Leichenschau sind häufig die letzte ärztliche Maßnahme an einer verstorbenen Person und stellen damit den letzten Dienst des Arztes an seinem Patienten dar. Dabei gelten die gleichen Sorgfaltspflichten wie bei lebenden Personen.

Vom sorgfältigen Ausfüllen der Todesbescheinigung hängt letztlich die Qualität der Todesursachen-Statistik ab. Insbesondere das „Grundleiden“ in Zeile Ic ist für das statistische Landesamt von Bedeutung („Wie viele Menschen sterben an einer bestimmten Erkrankung?“).

Es sind grundsätzlich die Interessen der verstorbenen Person zu wahren und eine sorgfältige und objektive Leichenschau durchzuführen. Beeinflussungsversuchen von Dritten (Angehörigen, der Polizei) darf nicht nachgegeben werden.

Bei der Todesbescheinigung handelt es sich im rechtlichen Sinne um eine **Urkunde**, die forensische, versicherungs- und sozialrechtliche Aspekte hat, weshalb darauf zu achten ist, dass diese insgesamt leserlich und vollständig ausgefüllt ist und - soweit möglich - auf Abkürzungen verzichtet wird. Häufig vergessen werden Angaben zum zuletzt behandelnden Arzt / Ärztin, Angaben zur den sicheren Todeszeichen, Ort und Zeitpunkt der Leichenschau und die Unterschrift bzw. der Stempel des leichenschauenden Arztes / der leichenschauenden Ärztin. Um etwaige Rückfragen durch Standesamt, Gesundheitsamt, Staatsanwaltschaft oder die Polizei einfach zu ermöglichen, sollte darauf geachtet werden, dass die Kontaktdaten des leichenschauenden wie auch des zuletzt behandelnden Arztes vermerkt sind.

Ausführliche Hinweise zur praktischen Durchführung der ärztlichen Leichenschau können der AWMF-Leitlinie „Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau, der Leitlinie „Durchführung der ärztlichen Leichenschau gemäß S1-Leitlinie 2017 der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin“ entnommen werden. Zusätzliche hilfreiche Informationen bieten zahlreiche im Internet verfügbare Merkblätter. Besonders hervorzuheben ist hierbei das Merkblatt der Stadt Potsdam.

Hinweise zur „Todesart“

Mit der Zuordnung der Todesart entscheidet der leichenschauhaltende Arzt über mögliche polizeiliche Ermittlungen und versicherungsrechtliche Konsequenzen (zum Beispiel Tod als Unfallfolge). Deshalb muss diese mit größter Sorgfalt erfolgen.

Ein **natürlicher Tod** liegt vor, wenn konkrete Befunde für eine lebensbedrohliche Krankheit (unter anderem aus Krankenunterlagen oder durch Befragung des vorbehandelnden Arztes) bekannt sind, die einen Tod aus krankhafter Ursache plausibel erklären.

Stellt der Arzt konkrete Anhaltspunkte für einen **nicht natürlichen Tod** fest oder handelt es sich um die **Leiche einer unbekannten bzw. nicht identifizierbaren Person** (z.B. ein Verstorbener, der ohne Ausweisdokumente tot im Wald aufgefunden wird), hat er jede weitere Veränderung an der Leiche - einschließlich einer Entkleidung - zu unterlassen und die Polizei (**Kriminaldauerdienst der Polizei Ulm: 0731/188-4711**) ist, wie auch zusätzlich bei **ungeklärter Todesart**, unverzüglich zu verständigen.

Wann liegt ein nicht natürlicher Tod oder ungeklärte Todesart vor?

- Von einem **nicht natürlichen Tod** ist auszugehen, wenn dieser nicht auf krankheits- oder altersbedingte innere Ursachen zurückzuführen ist, sondern auf **äußere Einwirkung**. Hierzu zählen Unfälle, Suizid, Tod durch strafbare Handlungen („Tod durch fremde Hand“) und sonstige Gewalteinwirkungen wie Sturzereignisse. Unerheblich ist der Zeitraum zwischen der äußeren Einwirkung und dem Tod, so lange ein Kausalzusammenhang besteht/vermutet wird. Das ursprüngliche Ereignis kann daher bereits länger zurückliegen (mehrere Jahre). Beispiele hierfür wären das Versterben an einer traumatischen Hirnblutung, wobei das auslösende Trauma bereits mehrere Wochen zurückliegt, oder der Tod infolge einer bakteriellen Pneumonie bei apallischem Syndrom nach einem Polytrauma infolge eines Verkehrsunfalls vor mehreren Jahren.

Cave: Für den nicht natürlichen Tod während oder nach ärztlichen Eingriffen muss mindestens ein entfernter Anhaltspunkt für einen Kunstfehler oder ein Verschulden des behandelnden Personals vorliegen - beispielweise bei zweifelhafter Aufklärung oder fehlender Einwilligung des Patienten. Diese ergänzende Definition des „nicht natürlichen Todes“ stellt eine Besonderheit in Baden-Württemberg dar und ist möglicherweise in anderen Bundesländern nicht gültig (vgl. hierzu auch die Definition des „nicht natürlichen Todes“ in Anlage 1 der BestattVO; geändert zum 01. März 2002). Liegt dem ärztlichen Eingriff jedoch eine äußere Einwirkung zugrunde (vgl. oben), so handelt es sich stets um einen nicht natürlichen Tod.

- Eine **ungeklärte Todesart** wird dann angenommen, wenn keine Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod erkennbar sind, die Todesursache nicht bekannt ist und trotz sorgfältiger Untersuchung und Einbeziehung der Vorgeschichte keine konkreten Befunde einer lebensbedrohlichen Krankheit vorliegen, die einen Tod aus krankhafter natürlicher Ursache und völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren (z.B. Unfall) plausibel erklären. Eine Einstufung der Todesart als „ungeklärt“ ist also nur statthaft, wenn die Recherche zu potentiell lebensbedrohlichen Vorerkrankungen erfolglos bleibt oder dieser Pflicht nicht nachgekommen werden kann, weil keine Unterlagen oder keine Auskunftsperson wie der zuletzt behandelnde Arzt vorhanden sind. Auf Spekulationen sollte verzichtet werden.

Für weitere Details zur Benachrichtigungspflicht der Polizei, sei an dieser Stelle auf das Merkblatt für Ärzte „Zum Verhalten bei ungeklärter Todesart und nicht natürlichen Todesfällen“ der Staatsanwaltschaft Stuttgart (abzurufen über die Ärztekammer Baden-Württemberg) verwiesen.

Hinweise zur „Kausalkette“

Beim Ausfüllen der Todesursache („4. Todesursache/Klinischer Befund“) ergeben sich nachfolgende Fehlerquellen und Fallstricke:

- Ein vollständig ausgefüllter Totenschein beinhaltet eine Kausalkette der Erkrankungen, die zum Tod geführt haben, beginnend mit dem „Grundleiden“ in Zeile Ic, welches einen Folgezustand/eine Folgeerkrankung („als Folge von“) herbeigeführt hat (in Zeile Ib) bis hin zur „unmittelbaren Todesursache“ (Zeile Ia).

- Es ist nicht erforderlich, in jedem Fall drei Angaben zu machen („Kausalkette aus den Fingern saugen“). **Zeile Ia ist jedoch ausnahmslos auszufüllen**. Dies kann auch das Grundleiden sein, sofern keine Kausalkette vorliegt. Fehlt eine Kausalkette – wie beispielsweise bei einem schweren Tumorleiden – genügt die Angabe des konkreten Tumorleidens in Zeile Ia (Alternativ: In Zeile Ia eine „Tumorkomplikation“ und in Zeile Ic das eigentliche Tumorleiden eintragen).

- Grundsätzlich unzulässig ist die Angabe von Zuständen, die aus medizinischen Gesichtspunkten gar keine Diagnosen darstellen. Häufig zu lesen sind hier „**Aetas**“, „**hohes Alter**“ oder „**Altersschwäche**“.

- Anstatt einer konkreten Todesursache werden in Ia nicht selten Pathomechanismen oder Endzustände genannt (z.B. „**Multiorganversagen (R68.8)“**, „**Herzstillstand (I46.9)“**, „**Atemstillstand (R09.2)“**, „**Ateminsuffizienz (J96.0)“, „elektromechanische Entkopplung (R00.3“), „Herz-Kreislauf-Stillstand (I46.9)“**, etc.). Auf die Nennung solcher unspezifischer nicht „unmittelbar zum Tode führenden“ Diagnosen ohne Aussagekraft in Zeile Ia sollte verzichtet werden. Stattdessen sollte lieber das Versagen eines konkreten Organsystems benannt werden. Die Voraussetzung ist hierbei jedoch, dass die Grunderkrankung in Zeile Ic plausibel zu einer unmittelbaren terminalen Schädigung des Organsystems geführt haben könnte, was bei Herz und Lunge eher selten ist, da diese meist sekundär versagen. Anders sieht es dagegen bei Niere und Leber aus, hier wäre u.a. ein akutes Leberversagen (Ia) in Folge einer Leberzirrhose (Ic) oder ein akutes (terminales) Nierenversagen (Ia) in Folge einer Exsikkose (Ib) und Trinkverweigerung bei Demenz als Grundleiden (Ic) plausibel vorstellbar.

- Ebenfalls dürfen keine Verdachtsdiagnosen genannt werden. Liegt lediglich der Verdacht vor, handelt es sich formal um die „Todesart ungeklärt“. Bei Diagnoseunsicherheit sollten Differentialdiagnosen („DD 1“, „DD 2“) angegeben werden. Statt der Angabe einer Verdachtsdiagnose ist es daneben möglich, in Zeile Ia konkurrierende „unmittelbare“ Todesursachen anzugeben. Dies sollte insbesondere bei „Altersschwäche“ und Multimorbidität genutzt werden, wenn mehrere chronische Erkrankungen als Grundleiden (Ic) vorliegen, die eine klare Benennung der „unmittelbaren“ Todesursache erschweren. Beispielsweise können Herzinsuffizienz und chronische Niereninsuffizienz als Grundleiden (Ic) plausibel zu einem akuten Herzversagen oder einem terminalen Nierenversagen (Ia) führen.

- Ein weiterer häufiger Fehler ist die Angabe einer Diagnose der ICD-Codierungen R00 bis R99 („Symptome und abnorme klinische Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind“). Diese Klassifizierungskategorie enthält im Allgemeinen weniger genau bezeichnete Zustände und Symptome, die keiner endgültigen Diagnose entsprechen und auf zwei oder mehr Krankheiten oder Organsysteme hindeuten. Im Grunde genommen entsprechen diese Codierungen einer "unbekannten Ätiologie" und wären damit als ungeklärte Todesart zu sehen und somit bei der Angabe eines natürlichen Todes unzulässig, auch wenn dies anderweitig in „Der Allgemeinarzt“, Ausgabe 04/2022, mit dem **„Natürlichen Tod unklarer Ursache (R96)“** propagiert wird. Weitere Beispiele hierfür sind **„Kachexie (R64)“, „Marasmus (E41)“** und **„Herz-Lungen-Versagen (R09.2)“**. Auch hier ist es besser, eine konkrete Ursache oder das Versagen eines konkreten Organsystems zu benennen.

- Nicht plausibel ist die Angabe einer eher harmlosen Erkrankung als „unmittelbare Todesursache“ in Zeile Ia, wie beispielsweise ein Colonadenom.

- Bei einer **Aspirationspneumonie** als „vermutete unmittelbaren Todesursache, Ia“ sollte darauf geachtet werden, dass in der Kausalkette plausible Angaben gemacht werden, die einen nicht natürlichen Tod ausschließen z.B. Aspirationspneumonie (Ia) „als Folge von“ Schluckstörungen (Ib) „als Folge des Grundleidens“ eines Schlaganfalls (Ic). Cave: Ist die Aspirationspneumonie die Folge einer unsachgemäßen pflegerischen Maßnahme, handelt es sich um einen nicht natürlichen Tod!

- Bei ungeklärtem oder nicht natürlichem Tod muss die Kausalkette nicht komplett ausgefüllt werden. Bei nicht natürlichem Tod reicht in der Regel die Angabe des unmittelbar todesursächlichen Ereignisses in Zeile Ia (z.B. Nicht natürlicher Tod durch Strangulation oder Polytrauma). Bei ungeklärtem Tod ist die Angabe von „ungeklärt“ in Zeile Ia ausreichend.

- Weitere bekannte, nicht todesursächliche Krebserkrankungen, sollten unter „weitere wesentliche Erkrankungen“ (II) immer angegeben werden, auch wenn diese bereits lange zurückliegen. Ansonsten werden in Zeile II alle am Tode beteiligten Erkrankungen eingetragen, die nicht unmittelbar mit der Kausalkette aus Zeile I in Zusammenhang stehen.

- Die ICD-Codierungen müssen nicht zwingend angegeben werden, die letztliche Codierung erfolgt grundsätzlich durch das statistische Landesamt.

Beispiele für plausible Kausalketten bei **natürlichem Tod** sind:

„vermutete unmittelbare Todesursache “ (Ia)	**„als Folge von“ (Ib)**	**„Grundleiden“ (Ic)**
Myokardinfarkt	Thrombus in Koronararterie	KHK, 3-Gefäßerkrankung
Herzruptur	akuter Vorderwandinfarkt	KHK, 2-Gefäßerkrankung
akut exazerbierte COPD	Atemwegsinfektion	COPD Gold 4
Pneumonie	Atemwegsinfektion	COPD Gold 2
Sepsis	Harnwegsinfekt	Immobilität* bei Z.n. Apoplex
Sepsis	Bronchopneumonie	Ovarialkarzinom
Aspirationspneumonie	Einatmen von oropharyngealem Sekret bzw. Regurgitation von Mageninhalt	Schluckstörung/Dysphagie* bei Z.n. Apoplex
Pneumonie	Atemwegsinfektion	Bronchialkarzinom
Hirnblutung	Hirnmetastasen	Mammakarzinom
Lungenarterienembolie	Embolus aus tiefer Beinvenenthrombose	Immobilität* bei schwerer Demenz
Maligner Mediainfarkt	Embolus aus Vorhof	Vorhofflimmern
Apoplex	Thrombus in Hirnarterie	Arteriosklerose, Dyslipoproteinämie, Hypertonie
Compressio cerebri	Intrakranielle Blutung mit Hirndruck	Hypertonie
Compressio cerebri	Hirnödem mit Hirndruck	Hirntumor (Glioblastom)
Hämorrhagischer Schock	Ösophagusvarizenblutung	alkoholische Leberzirrhose
akutes Leberversagen	Lebermetastasen	Darmkrebs
akutes Leberversagen	fortgesetzter Alkoholmissbrauch	alkoholische Leberzirrhose
terminales Nierenversagen	Exsikkose, schwere Dehydration	Trinkverweigerung bei schwerer Demenz
terminales Nierenversagen	Exsikkose, schwere Dehydration	chronische Niereninsuffizienz
diabetische Ketoazidose	Harnwegsinfekt	Diabetes mellitus

Bronchialkarzinom im finalen Stadium (palliativ)	-**	-**

Beispiele für **nicht natürlichen Tod:**

nicht natürlicher Tod durch Schädel-Hirn-Durchschuss	-	
nicht natürlicher Tod durch Lungenembolie	Embolus aus tiefer Beinvenenthrombose	Immobilität* bei medialer Schenkelhalsfraktur nach Autounfall
nicht natürlicher Tod durch Compressio cerebri	Subdurale Blutung mit Hirndruck	Schädelhirntrauma nach Treppensturz
nicht natürlicher Tod durch Aspirationspneumonie	Aspiration von Nahrung	Schluckstörung* bei apallischem Syndrom nach Polytrauma
nicht natürlicher Tod durch Aspirationspneumonie	Aspiration von Essen bei nicht sachgemäßem Füttern	Demenz

Beispiel für **ungeklärten Tod:**

ungeklärt	-	-

* Bei „sekundären“ Grundleiden wie Immobilität oder Schluckstörungen sollte – sofern sie in Zeile Ic eingetragen werden – zusätzlich die Ursache, also das „primäre“ Grundleiden wie Beispielweise Z.n. Schlaganfall, mit angegeben werden. Besteht keine sinnvolle Alternative für Zeile Ib, kann das sekundäre Grundleiden auch in Zeile Ib eingetragen werden.

** Beispiele für fehlende Kausalkette (vgl. hierzu auch S. 2, zweiter Aufzählungspunkt).

Bei Fragen zur Todesbescheinigung können Sie sich gerne telefonisch unter 07351/52-6151, oder per Mail unter kreisgesundheitsamt@biberach.de an uns wenden.