

4 Med. GZ 25 (36,2)

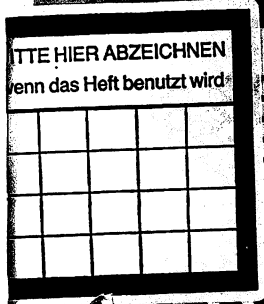


# Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien, der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Nummer 7
36. Jahrgang
Juli 1981



Wichtig \* Tabletten!



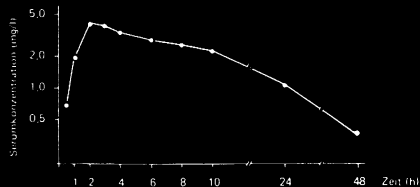
der Preisvorteil

8 Tabl.	16 Tabl.	Breitbandantibiotikum
<b>18.06</b>	<b>33.00</b>	<b>Doxycyclin 100 mg</b>

# Doxy-Tablinen®

\*Unsere galenische Weiterentwicklung des Wirkstoffes Doxycyclin zur Darreichungsform Tablette bietet alle Vorteile:

**schneller Zerfall, dadurch speiseröhrenfreundlich – gut teilbar (Akne, Kinder) – sehr gute Bioverfügbarkeit – sehr preiswert –**



Bioverfügbarkeit nach Gabe von 2 Tabletten Doxy-Tablinen

**Indikationen:** Infektionen mit Doxycyclin-empfindlichen Erregern.  
**Kontraindikationen:** Leberfunktionsstörungen, Fotodermatosen, Allergien, Vorsicht bei Schwangeren, besonders im letzten Drittel der Schwangerschaft, Vorsicht bei bestehendem Soor. Während der Knochen- und Zahnentwicklung kritische Abwägung der Einnahme, da Zahnverfärbungen und Knochenentwicklungsverzögerungen auftreten können.  
**Mögliche Nebenwirkungen:** Gastrointestinale Störungen und allergische Reaktionen sind selten.  
**Dosierung und Anwendungsweise:** Am 1. Tag morgens und abends je 1 Tablette, anschließend ist jeden Tag 1 Tablette mit möglichst viel Flüssigkeit einzunehmen.

SANORANIA Dr. G. Strohscheer  
1 Berlin 28

Gelbe Bellage“ bei Seite 527  
Der akute Durchfall im Kindes-



Sewerung- und Kostenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung . . . . . 527

Paumgartner: Die Beeinflussung der Pharmakokinetik durch Erkrankungen der Leber 528

Lang / Spitzer: Konservative Behandlung nach Herzinfarkt . 537

Paetzke: Akute Pneumologie (Schluß) . . . . . 549

Müller-Plettenberg: 87. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin . . . . . 561

Fakultät . . . . . 564

Personalia . . . . . 569

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern . . . . . 570

Bayerischer Ärztinnenbund . . 571

Landespolitik . . . . . 572

Brief aus Bonn . . . . . 575

Aus dem Landtag . . . . . 576

Äskulap und Pegasus . . . . . 576

Ausland . . . . . 581

Wirtschaftsinformationen . . . 584

Kongresse . . . . . 587

Meldepflichtige übertragbare Krankheiten in Bayern – April 1981 . . . . . 594

Schnell informiert . . . . . 595

Pharmaindustrie . . . . . 596

Buchbesprechungen . . . . . 596

Kongreßkalender . . . . . 602

**Nochmals:**

## **Zur Leichenschau**

von W. Spann und W. Eisenmenger

Aus dem Institut für Rechtsmedizin der Universität München  
(Vorstand: Professor Dr. med. W. Spann)

In jüngerer Zeit kamen zu den klassischen ärztlichen Aufgaben zunehmend mehr Verpflichtungen für den Arzt, die nicht unmittelbar dem Helfen und Heilen dienen. Zwei Beispiele: Beurteilung der Arbeitsfähigkeit – Ausstellung der Todesbescheinigung. Beide Tätigkeiten verlangen vom Arzt Entscheidungen, die zumindest nicht ausschließlich im Interesse des Patienten liegen. In beiden Fällen hat ein großer Teil der Ärzte in der Regel keine Möglichkeit, die von ihm erbetene Leistung abzulehnen. Dies, obwohl hier neben ärztlichen Gesichtspunkten auch andere für die Entscheidung berücksichtigt werden müssen, wie z. B. Befragung im Umfeld im Sinne von Ermittlungen, kriminalistische Überlegungen oder gar Prüfung des Wahrheitsgehaltes von Angaben. Obwohl hier auch andere Regelungen denkbar und möglich wären, werden diese als Beispiel genannten Tätigkeiten heute ganz selbstverständlich den ärztlichen Aufgaben zugeordnet. In beiden Fällen muß der Arzt für einen Dritten sachverständig ein objektives Gutachten abgeben.

Die sowohl für die praktisch tätigen Ärzte, aber auch in der Öffent-

lichkeit ganz allgemein bestehende Unsicherheit im Zusammenhang mit der Leichenschau rechtfertigt eine weitere Auseinandersetzung mit der Gesamtsituation der Todesfeststellung und den damit verbundenen ärztlichen Pflichten. Die von uns allein im vergangenen Jahr 1980 beobachteten und zum Teil auch in der Presse publizierten Fälle, in denen der Tod voreilig festgestellt wurde, belegen neben einem nicht selten leichtfertigen Vorgehen der Leichenschauer auch die Schwierigkeiten der Beurteilung in seltenen Einzelfällen bei in der Regel problemloser Entscheidung.

Zunächst soll die skizzenartige Darstellung eines praktischen Falles die Schwierigkeiten aufzeigen, die auch heute noch unter Umständen mit der Feststellung des Todes verbunden sein können: „An multipler Sklerose leidende 39jährige Frau nimmt eine große Menge von Beruhigungsmitteln. Auffindung vom Ehemann leblos im Rollstuhl sitzend. Der Notarzt erscheint kurze Zeit später, beginnt sofort mit Reanimationsmaßnahmen. Bei weiten, lichtstarrten Pupillen und Nulllinie im EKG Abbruch der Reanimationsmaßnahmen nach 40 min um 0.00 Uhr. Gegen 6.00 Uhr morgens werden Atembewegungen

beobachtet – Klinikeinweisung, erfolgreiche Reanimation.“

Sicher kein alltäglicher Fall. Aber auch nicht so außergewöhnlich, daß mit dem Auftreten gleicher oder ähnlicher Situationen nicht täglich gerechnet werden müßte. Durchaus in Kenntnis der Problematik muß unser ärztliches Bemühen darauf gerichtet sein, alle Fälle von vermeidbaren Fehlbeurteilungen zu verhindern. Die auch in der Öffentlichkeit bekanntgewordenen Irrtümer bei der Leichenschau haben, nicht zuletzt wegen gewisser Diskrepanzen in der Auffassung aus juristischer und ärztlicher Sicht in jüngeren Publikationen, die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“ dazu veranlaßt, zu einem Gespräch zum Thema Leichenschau einzuladen. Teilnehmer waren von der Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“ Frau Horn, von der Bayerischen Landesärztekammer Dr. jur. G. Till, von der Gesundheitsabteilung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern Ministerialrat Scholz und Oberregierungsrat Dr. Naser, vom Institut für Rechtsmedizin die Verfasser.

Bei diesem Gespräch haben die Beteiligten geprüft, ob der Gesetzestext, insbesondere der Begriff „unverzüglich“, eine Auslegung zuläßt, die einerseits den Interessen des Gesetzgebers gerecht wird und andererseits den in der praktischen Leichenschau tätigen Ärzten Erleichterung bringt. Von diesen Ärzten wird immer wieder die Klage vorgebracht, daß bei pflichtgemäßem unverzüglichen Erscheinen nach dem Ruf vielfach der zeitliche Abstand zwischen Todeseintritt und Leichenschau sichere Todeszeichen

(Totenflecke, Totenstarre, Fäulnis), die ja sämtlich aus Leichenveränderungen resultieren, noch nicht erwarten läßt. Dies führt immer wieder dazu, daß der Leichenschauer vor Ort zu einer Pflicht erscheint, die er streng genommen nicht erfüllen kann, weil sichere Zeichen des Todes noch nicht ausgeprägt sind.

In der Bundesrepublik Deutschland ist die Leichenschau nicht bundeseinheitlich, sondern in den elf Bundesländern nach dem jeweiligen Länderrecht mit zum Teil nicht unwesentlichen Unterschieden in den einzelnen Vorschriften geregelt. Im Gegensatz zu früher ist heute übereinstimmend in allen Bundesländern die *ärztliche* Leichenschau (im Gegensatz zur Laienleichenschau durch Nicht-Ärzte) mit einer einzigen Ausnahme in Schleswig-Holstein obligatorisch. In Schleswig-Holstein kann die Behörde für Inseln, auf denen kein Arzt ansässig ist und die verkehrsmäßig schwer zu erreichen sind, abweichend gestatten, daß die Todesbescheinigung von einer anderen geeigneten Person ausgestellt wird.

Übereinstimmung in den Ländergesetzen besteht ferner insoweit, als jeder approbierte Arzt ohne Rücksicht auf sonstige Tätigkeit zur Leichenschau berechtigt ist. Ferner sind in einem Teil der Bundesländer jeder niedergelassene Arzt (auch Gebietsarzt, gleich welcher Richtung) in seinem Bereich und die in Krankenhäusern tätigen Ärzte (diese nur dort) zur Leichenschau verpflichtet. Die in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geforderte Dringlichkeit mit zum Teil unverzüglich verlangtem Erscheinen am Sterbeort wird, wie oben bereits ausgeführt, von den Leichenschauern deshalb als wenig sinnvoll angesehen, weil nach dem Tode bis zum Auftreten sicherer Todeszeichen ein Zeitraum von zwei bis drei Stunden erforderlich ist. Die aus der Praxis immer wieder an uns herangetragenen diesbezüglichen Fragen lassen erkennen, daß der Gesetzgeber – der sich möglicherweise von der Überlegung der Verhinderung der Nichterkennung eines Scheintodes für die Zeit zwischen Laienfeststellung und ärztlicher Feststellung hat leiten lassen – dieses Problem nicht erkannt oder zumindest als zweitrangig angesehen hat.

Im Rahmen des oben zitierten Gespräches wurde geprüft, ob die von uns bisher vertretene und auch gelehrt Meinung, „unverzüglich“ bedeute: „Ohne schuldhaftes Zögern“, in dieser strengen Auslegung zutrifft, woraus zu folgern sei, daß dem Ruf zur Leichenschau, wenn nicht dringende Gründe dem entgegenstehen, zeitlich unmittelbar Folge zu leisten sei, oder ob im Hinblick auf die Erfordernisse in der Praxis durch eine weitergehende Auslegung Erleichterung geschaffen werden könne. So wurde zusammen mit den Gesprächspartnern von juristischer Seite die Frage geprüft, ob das unverzüglich nicht etwa so ausgelegt werden könne, daß der zur Leichenschau gerufene Arzt dann nicht schuldhaft zögern würde, wenn er nach Erhalt des Rufes zur Leichenschau so lange zuwarten würde, bis dann bei der Leichenschau sichere Todeszeichen zu erwarten wären. Würde man dieser Auffassung folgen, so ergäbe sich in der täglichen Praxis allerdings nur für die Fälle, bei denen der Arzt nicht etwa zur Hilfeleistung, sondern ausschließlich zur Leichenschau gerufen wird, eine Erleichte-

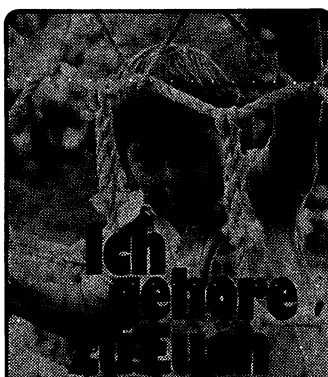
rung. Der gerufene Arzt dürfte dann nach Erkundigung über den Todeszeitpunkt in den Fällen zuwarten, in denen zu befürchten wäre, daß wegen des geringen Zeitablaufes seit dem Todeseintritt sichere Todeszeichen noch nicht zu erwarten wären. Diese Überlegung ist sowohl naturwissenschaftlich, aber auch aus juristischer Sicht logisch und zwingend. In praxi würde sie allerdings voraussetzen, daß der zur Leichenschau gerufene Arzt davon ausgehen dürfte, daß der in vielen Fällen in der Regel von einem Laien festgestellte Tod tatsächlich eingetreten ist. Unter dieser Prämisse würde allerdings eine der drei wesentlichen Aufgaben des Leichenschauers, die Todesfeststellung, zunächst einem Laien überlassen und darauf reduziert werden, den von einem Laien festgestellten Tod durch den Arzt bestätigen und amtlich feststellen zu lassen.

Würde man dieser Überlegung folgen und den Begriff unverzüglich im speziellen Falle beim Ruf zu einer Leichenschau weiter auslegen, dann wäre folgender Fall zumindest dem zur Leichenschau gerufenen Arzt nicht vorwerfbar: Ruf zur Leichenschau um 8.00 Uhr morgens mit der Mitteilung „soeben verstorben“. Leichenschau um 11.00 Uhr, dabei keine sicheren Todeszeichen, Reanimation temporär erfolgreich. Nachweis ex post, daß der Tod später eingetreten wäre, wenn Arzt um 8.00 Uhr sofort erschienen wäre.

Alein diese Überlegung läßt ein Abweichen von der engen Auslegung des Begriffes unverzüglich im Interesse der Verhinderung eines nicht erkannten Scheintodes nicht zu.

Wie ausgeführt, bestehen in den gesetzlichen Vorschriften der einzelnen Bundesländer nicht unwesentliche Abweichungen besonders auch im Hinblick auf die Dringlichkeit.

In fünf der elf Bundesländer (Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen, Saarland) besteht die Vorschrift „unverzüglich“. Berlin schreibt vor „innerhalb zwölf Stunden“, Nordrhein-Westfalen „alsbald“, Schleswig-Holstein „möglichst bald, spätestens jedoch 24 Stunden nach Erhalt der Anzeige über den Todesfall“. Die übrigen drei Länder (Bremen, Hamburg, Rheinland-Pfalz) lassen die Frage offen.



**„Der geistig Behinderte hat die gleichen Grundrechte wie jeder andere Bürger seines Landes und seines Alters. Vor allem hat der geistig Behinderte ein Anrecht darauf, als Mensch geachtet zu werden.“**

**Sie können helfen:**

- Durch den Kauf von Grußkarten etc.
- Durch Geldspenden
- Durch letztwillige Verfügung
- Durch Kranzspenden
- Durch Mitgliedschaft bei Ihrer örtlichen Lebenshilfe-Vereinigung


**Wir senden Ihnen gerne kostenlose Informationen**

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

**Bundesvereinigung  
LEBENSILFTE  
für geistig Behinderte e.V.  
Postf. 80, 3550 Marburg/L. 7**



Die in dieser Richtung weit auseinandergehenden Vorschriften, von unverzüglich bis ungeregelt, lassen daran denken, daß zumindest für den Gesetzgeber einzelner Bundesländer, aus der Praxis gesehen, keine Veranlassung bestand, diese Frage im Gesetz ausdrücklich zu regeln. Bei dieser Sachlage bleibt für den in die Praxis gehenden Arzt keine andere Möglichkeit als die, sich vor der Niederlassung mit den für seinen Bereich geltenden gesetzlichen Vorschriften vertraut zu machen.

Für die Zukunft sei für mögliche Novellierungen die Anregung erlaubt, eine für alle Bundesländer einheitlich geltende Formulierung der Dringlichkeit zur Leichenschau festzulegen. Dabei wäre aus ärztlicher Sicht bei der außerordentlichen Seltenheit des oben konstruierten Falles die Vorschrift von „alsbald“ an Stelle von „unverzüglich“ noch zu vertreten.

Auch bei der Leichenschau gleicht – wie häufig bei ärztlichen Aufgaben – kein Fall exakt dem anderen. Trotzdem lassen sich alle Todesfälle in bezug auf die Leichenschau einer der vier folgenden Gruppen zuteilen:

1. Der Arzt wird nach dem Eintritt des Todes zur Todesfeststellung und Ausstellung des Leichenschau-scheines an den Sterbeort gerufen.
2. Der Arzt wird zur Hilfeleistung gerufen und trifft vor Ort eine leblose Person an bzw. der Patient verstirbt während seiner Bemühungen.
3. Tod in der Klinik nach Krankentransport.
4. Tod in der Klinik bei laufenden Reanimationsmaßnahmen.

#### **ad 1.:**

Wird der Arzt zur Leichenschau gerufen, so ist in sechs der elf Bundesländern aufgrund der Vorschriften keine besondere Eile geboten, sich an den Sterbeort zu begeben. In diesen Ländern muß ihm aus diagnostischen Gründen unter Berücksichtigung der oben gemachten Einschränkung die Zeit zugebilligt werden, so lange zuzuwarten, bis mit dem Vorhandensein mindestens eines sicheren Todeszeichens gerechnet werden kann. Dabei muß er

unterstellen, daß die Mitteilung, der Tod sei eingetreten, den Tatsachen entspricht.

Für die anderen fünf Bundesländer (darunter auch Bayern), die die Durchführung unverzüglich verlangen, bleibt bei Berücksichtigung der oben gemachten Ausführungen keine andere Möglichkeit als die, unverzüglich zu erscheinen und mindestens ein sicheres Todeszeichen festzustellen. Erscheint der Leichenschauer z. B. wenige Minuten nach der Funktionseinstellung von Atmung und Kreislauf, so verbleibt ihm nur die Wahl des Zuwartens bis zum Auftreten der Totenflecke oder der sofortigen Einleitung von Reanimationsmaßnahmen, die andererseits das Auftreten von sicheren Todeszeichen insbesondere der Totenflecke verhindern bzw. zumindest verzögern.

#### **ad 2.:**

Ohne Frage handelt es sich bei den Fällen aus dieser Gruppe um die schwierigsten in der täglichen Praxis, in erster Linie deshalb, weil bei einem akuten Atem- und Kreislaufstillstand in der Regel die Irreversibilität des Funktionsausfalles ad hoc nicht nachweisbar ist. Sieht man von dem nicht absolut zuverlässigen Todeszeichen „weite, lichtstarre Pupillen“ ab, die relativ rasch auftreten, fehlen sichere Todeszeichen, wie Totenflecken und Totenstarre, praktisch immer unmittelbar nach dem Funktionsausfall. Bei nicht nachgewiesener Irreversibilität des Funktionsausfalles ist der Versuch der Wiedererlangung zu unternehmen und so lange fortzusetzen, bis der Tod erwiesen ist. Dies ist das Dilemma in der Praxis. In diese Gruppe gehören auch die täglich sehr häufig auftretenden Fälle, in denen der Notarzt zu einem Notfall gerufen wird. Trifft er am Ort des Geschehens eine Person ohne Lebenszeichen an, oder sind seine Bemühungen, das Leben zu erhalten, erfolglos, so stellt sich ihm die Frage, ob das Zentralnervensystem irreversibel seine Funktion eingestellt hat und damit der Tod eingetreten ist. So lange diese Frage nicht eindeutig beantwortet ist, müssen Reanimationsmaßnahmen eingeleitet bzw. aufrechterhalten werden. Handelt es sich bei dem zum Notfall Gerufenen um einen niedergelassenen Arzt, so ist dieser in Baden-Württemberg,

Bayern, Berlin und Hessen zur Leichenschau verpflichtet. Kommt der Notarzt mit dem Notarztwagen aus einer Klinik, so besteht für ihn zunächst nur in Hessen eine Verpflichtung zur Leichenschau. In Hessen ist jeder Arzt auf Verlangen zur Leichenschau verpflichtet (§ 11 Gesetz über das Friedhofs- und Bestattungswesen). In den anderen Bundesländern bestünde nur dann eine Verpflichtung, wenn eine solche für den in einem Krankenhaus Tätigen vorgeschrieben ist und bei extensiver Auslegung des Begriffes Krankenhaus der Notarztwagen auch außerhalb des Hauses als Teil des Krankenhauses angesehen würde. Bei enger Auslegung des Begriffes Krankenhaus besteht die Verpflichtung zur Leichenschau nur im Hause selbst, aber nicht außerhalb des Hauses, auch nicht im Notarztwagen.

#### **ad 3.:**

Die praktische Erfahrung der letzten Jahre zeigt, daß Fälle mit nicht gerechtfertigter Ausstellung praktisch nicht in Krankenhäusern vorkommen. Dies gilt zumindest für die Fälle mit längerem, aber auch kürzerem Krankentransport und damit gegebener Beobachtungszeit. Auch nach Einlieferung akuter Fälle ist das Risiko einer Fehlbeurteilung in der Klinik schon aufgrund der zur Verfügung stehenden apparativen Ausstattung und durch den Wegfall des Zeitdruckes und anderer ungünstiger Umstände, wie sie der Notarzt draußen nicht selten vorfindet, wesentlich geringer.

#### **ad 4.:**

Schließlich verbleibt noch die Gruppe der Fälle, bei denen der Tod während laufender Reanimationsmaßnahmen eintritt. Unabhängig davon, ob es sich um einen Fall mit in Aussicht genommener Explantation von Organen zur Transplantation handelt oder nicht, muß hier unter Umständen unabhängig vom noch funktionierenden Kreislauf ausschließlich auf den irreversiblen Funktionsausfall des Zentralnervensystems abgestellt werden.

Anschrift der Verfasser:

Professor Dr. med. W. Spann und Professor Dr. med. W. Eisenmenger, Frauenlobstraße 7 a, 8000 München 2