

Zum Umgang mit Todesbescheinigungen in der Palliativversorgung

Die gewissenhafte Dokumentation in der Todesbescheinigung vermeidet rechtliche und ethische Probleme. Das Netzwerk Hospiz- und Palliativversorgung der Region Bonn/Rhein-Sieg hat Empfehlungen für den Umgang mit Todesbescheinigungen in der Palliativversorgung formuliert.

von Lukas Radbruch, Kevin Franzke, Andrea von Schmude und Andrea Gasper

Fallbericht 1: Ein 59-jähriger Mann wurde wegen progressiver neurologischer Symptome, unter anderem rezidivierende Blaseninfektionen, in die Palliativversorgung aufgenommen. Von neurologischer Seite war der Verdacht auf amyotrophe Lateralsklerose geäußert worden; diese Verdachtsdiagnose war aber nicht weiter nachverfolgt worden. Der Patient starb auf der Palliativstation; als Todesursache wurde ein Urosepsis nach Blaseninfektion eingetragen. Dies wurde als natürlicher Tod bewertet. Vom amtsärztlichen Dienst wurde bemängelt, dass nach einem Motorradunfall im Ausland vor zwei Jahren eine neurogene Blasenfunktionsstörung nach spinalem Schock als Unfallfolge diagnostiziert worden war. Die Urosepsis wurde als Folge dieser Störung und damit in einer Kausalkette mit dem Unfall als nicht entfernbare Glied der Kette („conditio sine qua non“) bewertet, die Todesart demnach als nicht-natürlich. Die Todesbescheinigung wurde entsprechend nach Rücksprache mit dem amtsärztlichen Dienst rechtskonform geändert.

Fallbericht 2: Eine 92-jährige Patientin wurde von der orthopädischen Abteilung des Universitätsklinikums auf die Palliativstation übernommen. Die stationäre Aufnahme in der Orthopädie war aufgrund einer Rippenserienfraktur nach Sturz erfolgt. Als Nebendiagnosen waren eine Osteoporose mit multiplen älteren Frakturen an Brust- und Lendenwirbelsäule und ein chronisches Rückenschmerzsyndrom bekannt. Unter einer symptomatischen Behandlung mit zuletzt Fentanyl transdermal

50 µg/h sowie einer Bedarfsmedikation mit Morphin subkutan 5 mg und Tavor 1 mg sublingual wurde eine gute Symptomlinderung erreicht. Die Übernahme auf die Palliativstation erfolgte wegen eines deutlich geäußerten Sterbewunschs. Die Patientin hatte wiederholt den Angehörigen gesagt, dass sie nicht mehr leben wolle. Sie nahm nur noch kleinste Mengen Flüssigkeit und Nahrung zu sich. Nach 19 Tagen verstarb die Patientin. In der Todesbescheinigung wurde als Todesursache ein Multiorganversagen als Folge des freiwilligen Verzichts auf Essen und Trinken (FVET) und der Rippenserienfraktur eingetragen. Dies wurde als natürlicher Tod bewertet. Vom amtsärztlichen Dienst wurde bemängelt, dass der Unfall am Anfang einer Kausalkette gestanden habe, da die Patientin aufgrund des Unfalls und der damit einhergehenden Schmerzen die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme eingestellt habe. Die Todesursache sei deshalb als nicht-natürlich zu bewerten.

In der abschließenden Bewertung wurde aber von palliativmedizinischer Seite die Todesart als natürlicher Tod belassen. Die Patientin sei zwar nach einem Sturz mit Rippenserienfraktur und Schmerzexazerbation stationär aufgenommen worden. Doch habe es sich bei dieser Fraktur nicht um einen Auslöser für den letztendlich letalen Ausgang gehandelt, sondern eher um ein Glied in einer Kette von Ereignissen aus Osteoporose, vorangegangenen Frakturen und chronischem Schmerzsyndrom. Die symptomatische Medikation habe eine ausreichende Schmerzlinderung gewährleisten können. Gleichzeitig habe die Patientin ihrer Familie gegenüber einen Verlust an Lebensmut beklagt und zunehmend Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme verweigert. Dies hätte bereits bei Aufnahme auf die Palliativstation zu einem deutlich reduzierten Allgemeinzustand und kachektischem Ernährungszustand geführt.

Auf der Todesbescheinigung wurde dementsprechend als mittelbare Todesursache der freiwillige Verzicht auf Flüssigkeit und Nahrung festgehalten. Dies wurde nicht als Folge der Rippenserienfraktur, sondern als eine freiverantwortliche Entscheidung der Patientin bewertet, die am

ehesten im fehlenden Lebenswillen bei langem Krankheitsverlauf und bei zunehmend als belastend erlebten Einschränkungen begründet ist. Es handelt sich um eine überholende Kausalität, das heißt, es liegt zwar eine Ursache vor, die aber durch eine spätere, direkte und eigenständige Kausalität überlagert wird, die den Todeseintritt letztendlich allein bestimmt.

Die beiden Fallbeispiele zeigen Probleme bei der Bewertung der Todesursache und Todesart in der Todesbescheinigung auf. Während im ersten Fall der Unfall als äußere nicht-natürliche Ursache schon Jahre zurücklag, lag dennoch eine direkte Kausalkette zwischen Unfall und Versterben vor. Im zweiten Fallbeispiel hingegen wurde vom amtsärztlichen Dienst eine nicht-natürliche Todesart (Tod als Folge des Sturzes) angenommen, das Palliativteam aber wertete den freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken als eine unabhängige Kausalität.

Thema im ambulanten Ethikkomitee

Im Netzwerk Hospiz- und Palliativversorgung der Region Bonn/Rhein-Sieg wurde in den letzten Jahren immer wieder über Situationen berichtet, bei denen Probleme bei der Bewertung der Todesart aufgetreten waren. In der ambulanten Palliativversorgung betraf dies Fälle, in denen Unsicherheiten bestanden, wenn Patienten kurz nach der Gabe von Medikamenten wie Opioiden oder Benzodiazepinen verstorben waren. Einerseits werden parenterale Applikationen dieser Medikamente in der Palliativversorgung vor allem in den letzten Lebenstagen und -stunden der Patienten eingesetzt, sodass ein Versterben nach Applikation schon rein statistisch nicht unwahrscheinlich ist. Andererseits handelt es sich um zentralwirksame Medikamente, die zur Symptomlinderung manchmal auch in hoher Dosierung eingesetzt werden müssen, sodass ein kausaler Zusammenhang mit dem Versterben nicht immer klar ausgeschlossen werden kann. Andere Fragen betrafen zeitliche Grenzen in der Kausalität bei schon lange Zeit zurückliegenden Unfällen, beispielsweise im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung.

Wiederholt wurde im Netzwerk Hospiz- und Palliativversorgung der Wunsch nach allgemeingültigen Regeln oder Ablaufplänen im Umgang mit Todesbescheinigungen geäußert. Das Netzwerk organisierte deshalb im Februar 2026 ein Treffen der ärztlichen Leitungen der SAPV-Teams mit einem juristischen und einem rechtsmedizinischen Experten, das sich mit Fragen zu Todesbescheinigungen in der Palliativversorgung befasste. Davon ausgehend wurden Empfehlungen für den Umgang mit Todesbescheinigungen bei Patienten in der Palliativversorgung formuliert.

Diese sind auch als Teil eines Schutzkonzepts in der Palliativversorgung zu verstehen. In der jüngeren Vergangenheit

wurde über mehrere Gerichtsverfahren zu Serientötungen durch Mitarbeitende in der Palliativversorgung berichtet, zuletzt in Berlin im Juni 2026. Dies führt zu einer erhöhten Sensibilität in den Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung zur Prävention von Missbrauch. Zu den vorgeschlagenen Maßnahmen für ein solches Schutzkonzept für die besonders vulnerablen Patienten in der Palliativversorgung gehören zum Beispiel Mortalitätskonferenzen oder interkollegiale Fallgespräche bei unerwarteten Todesfällen. Sorgsam dokumentiert werden sollten Indikation, Dosierung und Applikationszeiten für alle Medikamente, Beginn der Medikation mit niedriger Dosierung und Titration bis zum Ef-

fekt sowie die Zahl der Todesfälle und der Verbrauch von Opioiden und Benzodiazepinen in festen Zeitintervallen.

Das gewissenhafte Ausfüllen der Todesbescheinigung vermeidet rechtliche und ethische Probleme, schafft Klarheit und Sicherheit für Angehörige und Mitbehandelnde und stellt einen weiteren Baustein im Schutzkonzept dar. **RA**

Professor Dr. Lukas Radbruch

Netzwerk Hospiz und Palliativversorgung
Bonn/Rhein-Sieg
Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Bonn

Dr. iur. Kevin Franzke

Fachbereich Rechtswissenschaft, Universität Bonn
Andrea von Schmude, Andrea Gasper
Netzwerk Hospiz und Palliativversorgung Bonn/
Rhein-Sieg

Was bei Todesbescheinigungen in der Palliativmedizin zu beachten ist

1. Eine sorgfältig erstellte Epikrise ist die optimale Vorbereitung für die Bewertung von Todesursache und Todesart beim Ausstellen der Todesbescheinigung.
2. Bei nicht-natürlicher oder unklarer Todesursache ist die Polizei zu informieren, die Ermittlungen einleitet und deren Ergebnisse an die Staatsanwaltschaft weiterleitet. Die Staatsanwaltschaft entscheidet, ob eine Obduktion durch die Rechtsmedizin angeordnet wird oder gegebenenfalls andere Maßnahmen (Beschlagnahme von Krankenunterlagen, Vernehmungen etc.). Obduktionen werden vor allem dann angeordnet, wenn Verdacht auf Fremdverschulden besteht oder die Todesursache nicht eindeutig benannt werden kann. Die Angabe der Todesart ist so in der Regel die zentrale Weichenstellung dafür, ob eine juristische Überprüfung des Todesfalls erfolgt, und dient damit der Abgrenzung von Kompetenzen zwischen Ärzten und Juristen. Dieser Zweck ist bei der Klärung von Zweifelsfragen zu berücksichtigen.
3. Der Verdacht auf eine nicht-natürliche Todesart kann zur Folge haben, dass die Leiche beschlagnahmt und in die Rechtsmedizin gebracht wird. Dies kann Abschiednehmen und Trauer der Angehörigen massiv beeinträchtigen. Dies sollte aber keinesfalls dazu führen, eine natürliche Todesursache anzukreuzen, um diese negativen Folgen für das soziale Umfeld des Verstorbenen zu vermeiden.
4. Sind in der Kausalkette bereits Hinweise auf eine nicht-natürliche Todesart bekannt, können Angehörige frühzeitig auf eine solche zeitliche Verzögerung vorbereitet werden, indem beispielsweise auf die rechtsstaatlichen Grundsätze verwiesen wird oder die Zeit auch als Möglichkeit gesehen wird, erste Schritte der Trauarbeit zu gehen.
5. Die Einschätzung als nicht-natürliche Todesart kann für die Angehörigen auch Vorteile haben, zum Beispiel wenn Entschädigungen aus einer Unfallversicherung geltend gemacht werden können oder wenn es so möglich ist, familieninternen oder anderen Konflikten vorzubeugen.
6. Die unsorgfältige Vornahme der Leichenschau ist in den meisten Bundesländern eine Ordnungswidrigkeit (zum Beispiel § 19 Abs. 1 Nr. 2 BestG NRW). Nachträgliche Änderungen an der bereits vollständig ausgefüllten Todesbescheinigung müssen – ähnlich dem Verfahren bei Änderungen an der Patientenakte gemäß § 630f Abs. 1 S. 2 BGB – als solche kenntlich gemacht werden, sodass die ursprünglich abgegebene Erklärung erkennbar bleibt. Andernfalls kann eine strafbare Urkundenfälschung vorliegen. Polizei und Staatsanwaltschaft haben keinen Anspruch auf eine Korrektur gegen den leichenschauenden Arzt.
7. Für die Angabe einer nicht-natürlichen Todesart müssen hinreichende, auf konkreten Tatsachen fußende Anhaltspunkte vorliegen („ein nicht-natürlicher Tod kann vorliegen, weil...“). Ein vager Verdacht („wer sagt mir denn, dass sie nicht vergiftet wurde?“) reicht nicht.
8. Bei einer nicht-natürlichen Todesursache muss eine nachvollziehbare Kausalität oder Kausalitätskette zwischen einem äußeren Ereignis und dem Todeseintritt bestehen (nicht „wäre damals der Bus pünktlich gekommen, dann hätte sie keine Lungenentzündung entwickelt...“).
9. Abzugrenzen von der einfachen Kausalitätskette ist der Fall der überholenden Kausalität: Es liegt zwar eine Ursache vor, die aber durch eine spätere, direkte und eigenständige Kausalität überlagert wird, die den Todeseintritt letztendlich allein bestimmt.
10. In manchen Konstellationen gibt es keinen Konsens zur Einteilung als natürliche oder nicht-natürliche Todesart. Im freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken (FVET) sieht die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin eine natürliche Todesursache, wohingegen manche Ethiker oder Juristen hier eine Form des Suizids, also eine nicht-natürliche Todesart sehen.
11. Auch werden Rechtsmediziner in aller Regel Obduktionen befürworten, schon allein aufgrund der in Deutschland verschwindend geringen Obduktionsquote sowie der erheblichen Dunkelziffer von Tötungsdelikten an alten und pflegebedürftigen Menschen. Nach Feststellung einer natürlichen Todesursache finden keinerlei Ermittlungen statt, und die Leiche darf erdbestattet werden.
12. Die Frage, ob hinreichend konkrete Anhaltspunkte für einen nicht-natürlichen Tod bestehen oder ob lediglich eine fernliegende, fast nie auszuschließende Möglichkeit hierfür besteht, eröffnet dem leichenschauenden Arzt mitunter faktisch einen Beurteilungsspielraum, den er grundsätzlich in eigener Verantwortung auszufüllen hat. Die Rücksprache mit anderen mitbehandelnden Ärzten kann hilfreich sein. Der amtsärztliche Dienst als Kontrollinstanz kann zu einer unterschiedlichen Bewertung kommen, was unter Umständen – aber nicht immer – eine nachträgliche Änderung der Todesart in der Todesbescheinigung erfordern kann.