

Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung

Burkhard Madea
Reinhard Dettmeyer

Kompetente Durchführung trotz unterschiedlicher
Gesetzgebung der Länder

Zusammenfassung

Die Leichenschau ist der letzte Dienst des Arztes am Patienten, mit der über medizinische Feststellungen hinaus (Feststellung des Todes und der Todesursache) der Rechtssicherheit und dem öffentlichen Interesse dienende Aufgaben verbunden sind (Qualifikation der Todesart, Meldepflichten, „seuchenhygienische Aspekte“). Jahrzehntelange Klagen über die Qualität der ärztlichen Leichenschau sowie die Dokumentation eklatanter Fehlleistungen haben am bisherigen Zustand nichts geändert. Ursache für die „Misere der ärztlichen Leichenschau“ ist dabei auch, dass die Leichenschau-gesetzgebung in der Bundesrepublik Deutschland in die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer fällt. Vor dem Hintergrund der ländertypischen Gesetzesvielfalt werden die unverzichtbaren Gesichtspunkte einer verantwortungsvollen ärztlichen Leichenschau im Interesse des Patienten, seiner Angehörigen sowie übergeordnete Belange (valide Todesursachenstatistik, Rechtssicherheit) dargestellt. Nach Einführung in Aufgaben und Zweck der ärztlichen Leichenschau

An der derzeit normierten Form der ärztlichen Leichenschau wurde wiederholt Kritik geübt, etwa von Ermittlungsbehörden, die eine sichere Feststellung nichtnatürlicher Todesfälle nicht gewährleistet sehen, von Medizinalstatistikern, für die die Angaben zur Todesursache im Leichenschauschein keine solide Grundlage für die Todesursachenstatistik bilden, sowie von Ärzten, die sich durch den bei der Leichenschau zu bewältigenden Aufgabenkanon überfordert fühlen. Dementsprechend wurde die derzeitige Form der ärztlichen Leichenschau als „Leichenschau-Unwesen“, fatale Hellscherei, Spielerei mit ernstesten Dingen et cetera apostrophiert, das Leichenschauformular als Analfabetenformular bezeichnet. Die Fehlleistungen bei der ärztlichen Leichenschau sind seit Jahrzehnten bekannt, sie reichen von strukturellen

und Darstellung der Rechtsgrundlagen werden die einzelnen Aufgabenschritte bei der Leichenschau besprochen. Nur durch kompetente Durchführung der Leichenschau kann die Ärzteschaft den immer wieder vorgetragenen Zweifeln an der Qualität dieser ärztlichen Untersuchung begegnen.

Schlüsselwörter: Leichenschau, Ländergesetzgebung, Feststellung der Todesursache, Qualifikation der Todesart, Fehlerquelle

Summary

Postmortem Examination and Death Certification — Qualified Performance Despite Concurrent Federal Legislation

Postmortem examination can be regarded as the physician's last service for the patient. Moreover, beyond medical issues (determination of death and cause of death, respectively), external examination serves legal security and issues of outstanding public interest (qualification of manner of death, notification requirements, contagious-hygienic aspects, and

many others). For decades, complaints about the quality of postmortem examination and documentation of substantial errors did not show much impact on the current state. One of the causes for the calamity of medical external examination is based on the fact, that German law is based on competitive state instead of federal legislative regarding external examination. In the light of the federal variety of laws, indispensable issues of a well founded medical external examination on behalf of the patients, their bereaved ones and superior aspects, respectively (official death statistics, legal security,) are presented. After introduction into the function and intention of medical external examination and its legal basis, certain steps of qualified external examination are discussed in detail. Physicians can only tackle the big problem of recurrent complaints and doubts on external examination by performing a qualified external examination, based on profound knowledge.

Key words: external examination, state legislative, determination of cause of death, qualification of manner of death, source of error

Ursachen, Ursachen auf Seiten des Arztes, der Ermittlungsbehörden bis zu situativen Ursachen (*Textkasten 1*). Trotz aller Reformbemühungen, Einführung immer wieder neuer Todesbescheinigungen und Leichenschauordnungen hat sich letztlich an den bekannten Missständen nichts geändert. So attestieren 6 Prozent der Klinikärzte regelmäßig – und nur – einen natürlichen Tod, 30 Prozent kreuzen auch bei Gewalteinwirkung, Vergiftung, Suizid oder ärztlichem Eingriff einen natürlichen Tod an (1). Eine Befragung zufällig ausgewählter Leichenschauärzte ergab, dass nur 45 Prozent mehr als 10 Leichenschauen im Jahr durchführen (18). Nur ein Viertel der Ärzte gab an, die Leiche in jedem Fall

zu entkleiden (bei den Hausärzten nur 1 Prozent). Damit sind natürlich Fehler und Irrtümer bei der Leichenschau vorprogrammiert (*Abbildung 1 und 2*), darüber hinaus bleibt selbst die schlampigst durchgeführte Leichenschau weitgehend sanktionslos. Schätzungen gehen davon aus, dass mindestens 11 000 „nichtnatürliche Todesfälle“, darunter 1 200 Tötungsdelikte pro Jahr nicht erfasst werden, da sie als natürliche Todesfälle deklariert werden (3). Nach wie vor fällt in der Bundesrepublik Deutschland die Leichenschau-gesetzgebung in die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer. Bundeseinheitliche Regelungen fehlen bislang und sind nach gescheiterten Reformbestrebungen der letzten zwei Jahrzehnte auf absehbare Zeit nicht zu erwarten (11). Aufgrund der föderalistischen Struktur gab es bereits im Deutschen Reich

Institut für Rechtsmedizin (Direktor: Prof. Dr. med. Burkhard Madea), Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn

lediglich Landesgesetzgebungen zur Leichenschau, wobei teilweise den Pfarrern eigentlich ärztliche Aufgaben übertragen wurden (5, 15).

Die wichtigsten Aufgaben bei der ärztlichen Leichenschau sind:

- sichere Feststellung des Todes (und Sicherstellung der Identität),
- Feststellung der Todeszeit,
- Feststellung der Todesursache,
- Qualifikation der Todesart,
- Dokumentation übertragbarer Erkrankungen nach dem Infektionsschutzgesetz,
- Beachtung von Meldepflichten (Textkasten 2).

Im Folgenden sollen die Aufgabenkomplexe der ärztlichen Leichenschau sowie sich immer wieder ergebende Problembereiche und Fehler anhand der sachlichen Notwendigkeiten besprochen werden. Landesrechtliche Besonderheiten sind in einer Übersichtstabelle (Tabelle 1, 2) zusammengefasst.

Rechtsgrundlagen der Leichenschau

In der Bundesrepublik Deutschland fällt die Regelung des Leichenschau- und auch des Obduktionswesens – soweit nicht strafrechtlich relevante Bereiche betroffen sind – in die alleinige Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer (Art. 70 Abs. 1 GG). Eine Reihe von Bundesländern haben Fragen des Leichenschaurechtes in speziellen Gesetzen über das Leichen-, Friedhofs- und Bestattungswesen geregelt, andere haben zwar keine gesetzliche Regelung getroffen, jedoch entsprechende Verordnungen im Rahmen des Polizei- und Ordnungsrechts erlassen (Übersicht in 4, 11).

Die Gesetze beziehungsweise Verordnungen aller Bundesländer schreiben zunächst vor, dass bei jedem Todesfall eine „äußere Leichenschau“ durch einen approbierten Arzt oder – unter Umständen – einen Arzt im Praktikum (AiP) stattzufinden hat. Die Befähigung des AiP zur Durchführung der Leichenschau wäre jedoch in jedem Einzelfall zu prüfen, ebenso die Richtigkeit der Durchführung.

Übereinstimmend heißt es in den meisten Leichenschauverordnungen: „Jede Leiche ist zur Feststellung des Todes, des Todeszeitpunktes, der Todesart und der Todesursache ärztlich zu untersuchen (Leichenschau).“

Eine Ausnahme findet man lediglich für einige schleswig-holsteinische Inseln, dort darf die Leichenschau auch von „einer anderen geeigneten Person“ (§ 5 Abs. 3 Schleswig-Holsteinische LandesVO) durchgeführt werden.

Jeder approbierte Arzt darf also die Leichenschau durchführen, im Allge-



meinen muss sie jeder Arzt auf Verlangen durchführen, insbesondere niedergelassene Ärzte, behandelnde Ärzte, Krankenhausärzte, Ärzte im Notfallbereitschaftsdienst. Sollte kein anderer Arzt greifbar sein, sind Ärzte der unteren Gesundheitsbehörde zur Durchführung der Leichenschau verpflichtet.

In einigen Bundesländern (Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein) sind Ärzte im Rettungsdienstseinsatz von ihrer Verpflichtung zur Durchführung der vollständigen Leichenschau befreit. Die Pflichten der Notärzte beschränken sich daher auf die Feststellung des Todes und seiner Dokumentation in einer „vorläufigen Todesbescheinigung“. Bei Anhaltspunkten für einen nichtnatürlichen Tod hat der Notarzt sofort die Polizei zu informieren.

Neben Angaben zur Person und zur Identifikation sind vom Notarzt die sicheren Todeszeichen sowie der Ort des Todes (gegebenenfalls Auffindort) zu vermerken. Daneben sind natürlich die Notarzteinsatzprotokolle sorgfältig auszufüllen, die bei nichtnatürlichen oder unklaren Todesfällen für die weiteren Ermittlungen große Bedeutung haben können.

In Bayern sind auch Notfallärzte (Ärzte im kassenärztlichen Notfalldienst) von der Verpflichtung zur Durchführung der Leichenschau nach sicherer Feststellung des Todes ausgenommen, wenn sie die verstorbene Person vorher nicht behandelt haben und sichergestellt ist, dass der behandelnde oder ein anderer Arzt die fehlenden Feststellungen, die für die vollständige Leichenschau nötig sind, treffen wird (8).

In Sachsen-Anhalt gilt demgegenüber die Befreiung von Ärzten im vertraglichen Notfalldienst explizit nicht, da im Gegensatz zu Notärzten, die im Rahmen des Rettungsdienstes dazu verpflichtet sind, lebensrettende Sofortmaßnahmen bei Notfallpatienten durchzuführen, niedergelassene Ärzte im Rahmen des Notfalldienstes lediglich nicht akut lebensgefährdete Patienten behandeln und die Reihenfolge der zu behandelnden Personen nach der Dringlichkeit selbst entscheiden können (17).

Ein Verweigerungsrecht des Arztes zur Durchführung der Leichenschau besteht zum Beispiel im Bundesland Bayern explizit in den Fällen des Art. 2 Abs. 3 Bestattungsgesetz (Gefahr der Strafverfolgung). Gemeint sind hier Todesfälle, die im Zusammenhang mit ärztlichen Maßnahmen beziehungsweise auf fragliche Behandlungsfehler zurückzuführende Todesfälle stehen.

Die Bayerische Bestattungsverordnung schreibt darüber hinaus in § 5 Abs. 2 vor:

„Ist anzunehmen, dass die Leichenschau nicht ordnungsgemäß vorgenommen wird oder vorgenommen wurde, so kann die Staatsanwaltschaft

oder die Polizei verlangen, dass die Leichenschau von einem anderen Arzt des Gesundheitsamtes, in dessen Amtsbezirk sich die Leiche befindet, von einem Landgerichtsarzt, von einem Facharzt für Rechtsmedizin oder von einem durch die Polizei besonders verpflichteten Arzt vorgenommen wird, oder wenn sie bereits durchgeführt worden ist, wiederholt wird.“

Sollte sich ergeben, dass die Leichenschau nicht ordnungsgemäß durchgeführt wurde, droht dem betroffenen Arzt ein Bußgeld.

Was ist eine menschliche Leiche?

Unter einem „Leichnam“ versteht man den Körper eines Verstorbenen, solange der gewebliche Zusammenhang infolge Fäulnis oder anderer chemisch-physikalischer Prozesse noch nicht aufgehoben ist. Skelette oder Skeletteile gelten nicht mehr als Leichnam.

Leichnam ist ferner jede Lebendgeburt, unabhängig vom Gewicht des Kindes, wenn eines der Lebenszeichen wie Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder Atmung vorgelegen hat:

Die Grenze für anzeigepflichtige Totgeburten ist mit Änderung des Personenstandsgesetzes vom 1. April 1994 von 1 000 g auf 500 g gesenkt worden. Geburten ab diesem Gewicht müssen vom Standesamt beurkundet werden. Fehlgeburten sind definiert als Totgeburten mit einem Geburtsgewicht unter 500 g; für Fehlgeburten besteht keine Anzeigepflicht.

Weiterhin ist in neueren Bestattungsgesetzen beziehungsweise Verordnungen als Leiche definiert „ein Körperteil, ohne den ein Weiterleben nicht möglich ist“. Im Bestattungsgesetz des Landes Sachsen-Anhalt vom 5. Februar 2002 heißt es hierzu präzisierend: „Kopf oder Rumpf als abgetrennte Teile des Körpers, die nicht zusammgeführt werden können, gelten als Leiche.“

Als Leiche gilt in Sachsen-Anhalt im Gegensatz zu anderen Bundesländern auch das Skelett eines Menschen und die Körperteile im Sinne des oben genannten Satzes in skelettierter Form (Kopf oder Rumpf) mit Ausnahme von Kulturdenkmälern gemäß § 2 Abs. 2 des Denkmalschutzgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt. Im Gegensatz zu Kopf und Rumpf gelten alle übrigen abgetrennten Körperteile und abgetrennten Organe einer verstorbenen Person als Leichenteile.

In vielen Leichenschauverordnungen findet man Regelungen zu Bestattungsfristen und zur Überführung in eine öffentliche Leichenhalle. Danach ist jede Leiche spätestens 36 Stunden nach dem Tod, jedoch nicht vor Ausstellung der ärztlichen Todesbescheinigung in eine Leichenhalle zu überführen (so zum Beispiel § 11 Bestattungsgesetz NRW). Jede Leiche muss innerhalb von acht Tagen, sie darf jedoch nicht vor Ablauf von 48 Stunden nach dem Tode bestattet werden. Ausnahmen von diesen Bestattungsfristen sind zulässig.

Veranlassung der Leichenschau

Je nach Ort des Todeseintritts ist nach einem Sterbefall die Leichenschau unverzüglich zu veranlassen von den Angehörigen (Ehegatte, volljährige Kin-

Textkasten 1

Ursachenkomplexe für die Misere der ärztlichen Leichenschau *1

Strukturelle Ursachen

- Keine bundeseinheitliche Regelung
- Unzureichend ausdifferenzierte Todesbescheinigungen
- Mangelnde Verbalisierung der Aufgaben im Sinne einer Checkliste
- Für bestimmte Fallgruppierungen objektive Überforderung des Leichenschauers ohne flexible Lösungsmöglichkeiten (2. fachärztliche Leichenschau oder 2. Leichenschau durch Hausarzt)
- Fehlende Legaldefinition des natürlichen und nichtnatürlichen Todes mit einseitiger Ausrichtung auf „Fremdverschulden“
- Verquickung ärztlicher mit kriminalistischen Aufgaben

Ursachen aufseiten des Arztes

- Leichenschau wird als Aufgabe jenseits des eigentlichen ärztlichen Heilauftrags gesehen
- Fehlende Vorbildung in der Handhabung von Problemfällen (spurenarmer gewaltsamer Tod; fortgeschrittene Leichenerscheinungen; unerwartete Todesfälle; Leichnam nicht identifiziert, Unerfahrenheit)
- Neigung als Leichenschauer, sich und den Angehörigen „Ärger zu ersparen“ mit leichtfertiger Attestierung eines natürlichen Todes (Motiv: Verlust von Patienten oder einer Anstellung als Heimarzt; Gerede über den Arzt, der nicht einmal in der Lage sei, einen natürlichen Tod festzustellen), Sorglosigkeit
- „Obrigkeitshörigkeit“ gegenüber der Polizei mit oftmals allzu willfähriger Gewährung von Auskünften oder Ausfüllung weiterer Leichenschauscheine
- Resignation verantwortungsbewusst handelnder Ärzte im Hinblick auf die kriminalpolizeiliche Handhabung mancher nicht geklärter Todesfälle
- Unzureichende Honorierung

Aufseiten der Ermittlungsbehörden

- Pressionen von Seiten der Polizei auf Attestierung eines natürlichen Todes
- Statt Ermittlungen zur Aufklärung nicht geklärter Todesfälle Beschaffung weiterer Leichenschauscheine (entgegen der Verpflichtung zur Meldung an die StA nach § 159 StPO oder vollständiger „Ermittlungsqüetismus“)

Situative Ursachen

- Pressionen vonseiten der Angehörigen oder der Heimleitung auf Attestierung eines natürlichen Todes
- Durchführung der Leichenschau erschwert bis objektiv unmöglich (Leichen im Freien; in der Öffentlichkeit; fortgeschrittene Leichenerscheinungen; übergroßes Körpergewicht; keine Gehilfen zur Verfüggung)

*1 Madea B: Die Ärztliche Leichenschau. Rechtsgrundlagen, praktische Durchführung, Problemlösungen. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1999.

der, Eltern, andere Verwandte), von Personen mit denen der Verstorbene in häuslicher Gemeinschaft gelebt hat, demjenigen, in dessen Räumen oder auf dessen Grundstück sich der Sterbefall ereignet hat. Bei Sterbefällen in Krankenhäusern, in Heimen, in Anstalten oder in Verkehrsmitteln sind die Leitungspersonen der Einrichtungen beziehungsweise die Fahrzeugführer verpflichtet, die Leichenschau zu veranlassen. Bei Fundleichen ist jede Person, die eine Leiche findet, zur Veranlassung der Leichenschau verpflichtet.

Bei einem Totgeborenen haben die Leichenschau zu veranlassen:

- der Arzt, der bei der Geburt zugegen war,
- die Hebamme, die bei der Geburt zugegen war,
- jede andere Person, die dabei zugegen war oder durch eigene Feststellung von der Geburt Kenntnis erlangt hat,
- der eheliche Vater.

In Krankenanstalten hat der leitende Abteilungsarzt beziehungsweise der Ärztliche Direktor per Dienstweisung die Vornahme der Leichenschau zu regeln.

Im Anschluss an die Leichenschau sind der nichtvertrauliche und vertrauliche Teil (im verschlossenen Umschlag) der Todesbescheinigung dem Veranlasser der Leichenschau zur Weiterleitung an das Standesamt zur Beurkundung des Todes auszuhändigen.

Ort und Zeitpunkt der Leichenschau, Betretungsrecht

Die Leichenschau soll an dem Ort stattfinden, an dem der Tod eingetreten ist oder an dem die Leiche aufgefunden wurde. Lassen die Umstände eine hinreichend sorgfältige Leichenschau an diesem Ort nicht zu – etwa weil der Tod auf einem öffentlichen Platz mit viel Publikumsverkehr eingetreten ist – so kann sich der Arzt zunächst auf die Feststellung und Dokumentation des Todes beschränken und die Leichenschau später an einem geeigneteren Ort fortsetzen. In den meisten Bestattungsverordnungen fin-

det man die Formulierung, dass die Leichenschau „unverzüglich“ nach Erhalt der Anzeige über einen Todesfall vorzunehmen sei. Fristen in älteren Bestattungsverordnungen, nach denen die Leichenschau innerhalb von 6, 12 oder 24 Stunden nach Erhalt der Anzeige über den Todesfall vorzunehmen sei, machen keinen Sinn, da

schauarzt Zutritt zu gewähren, so sollte in jedem Fall das Betreten der Wohnung erst durch herbeigerufene Polizeibeamte erzwungen werden.

Notfallärzte und Notärzte sind bei Todesfällen ihnen nicht bekannter Personen auf anamnestiche Angaben vorbehandelnder Ärzte sowie Angaben der Angehörigen angewiesen. Der



Abbildung 1: Zirkuläre, horizontal verlaufende, überall gleich tief einschnürende Drosselmarke (Tötungsdelikt). Attestierung eines natürlichen Todes durch den Leichenschauer. Die Drosselmarke wurde erst anlässlich der amtsärztlichen Kremationsleichenschau erkannt.

zunächst sicher festzustellen ist, ob tatsächlich der Tod eingetreten ist oder ein noch reanimationsfähiger Zustand vorliegt.

Der Begriff „unverzüglich“ wird im Allgemeinen unter Heranziehung einer Legaldefinition aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch verstanden als „ohne schuldhaftes Zögern“. Eine gerade durchgeführte Behandlung oder Operation muss daher nicht abgebrochen werden.

Zur Durchführung der Leichenschau muss der Arzt den Sterbebeziehungsweise Fundort, an dem sich der Leichnam befindet, betreten. Dieses Betretungsrecht zum Beispiel der Wohnung ist in den Leichenschauverordnungen entsprechend normiert, als zulässige Durchbrechung der verfassungsrechtlich garantierten Unverletzlichkeit der Wohnung.

Weigert sich der Inhaber des Haus- oder Wohnrechtes, dem Leichen-

Leichenschauarzt kann daher von allen Personen Auskunft verlangen, die Kenntnisse von konkreten Umständen haben, unter denen der Sterbefall sich ereignet hat. So heißt es beispielhaft im Bayerischen Bestattungsgesetz (Art. 3 BestG Bayern):

„(2) Wer den Verstorbenen unmittelbar vor dem Tod berufsmäßig behandelt oder gepflegt hat, oder mit der verstorbenen Person zusammengelebt hat oder die Umstände des Todes kennt, hat auf Verlangen des Arztes, der die Leichenschau vornimmt, unverzüglich die zu diesem Zweck erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen vorzulegen.“

Bei dieser gesetzlich normierten Auskunftspflicht handelt es sich um eine zulässige Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht. Der leichenschauende Arzt darf die Angaben des vorbehandelnden Arztes unter Würdigung der Umstände des To-

Textkasten 2

Aufgaben und Bedeutung der Leichenschau *1

1. Feststellung des Todes

Allgemein gesellschaftliches und individuelles Interesse an einer sicheren Todesfeststellung, Beendigung des normativen Lebensschutzes, Personenstandsregister

2. Feststellung der Todesursache

Medizinische Aspekte, Todesursachenstatistik, Epidemiologie, Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen

3. Todesart

Rechtssicherheit, Erkennung von Tötungsdelikten, Klassifikation der Todesumstände für zivil-, versicherungs- und versorgungsrechtliche Fragen

4. Feststellung der Todeszeit

Personenstandsregister, Erbrecht

5. Übertragbare Erkrankungen

Seuchenhygienische Aspekte (nach Infektionsschutzgesetz) im öffentlichen Interesse

6. Meldepflichten

- bei nicht natürlicher/nicht geklärteter Todesursache
- bei unbekannter Identität,
- gemäß Infektionsschutzgesetz

*1 Madea B: Die Ärztliche Leichenschau. Rechtsgrundlagen, praktische Durchführung, Problemlösungen. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1999.

deseintritts für seine Eintragungen zu den Grundleiden und zur Todesursache sowie zur Qualifikation der Todesart im Leichenschauschein verwenden.

Als Ausnahme von der Auskunftspflicht gelten die in der Strafprozessordnung festgelegten Zeugnisverweigerungsrechte (§§ 52 ff StPO). Danach braucht dann keine Auskunft erteilt zu werden, wenn der Betroffene sich selbst oder einen der in § 52 Abs. 1 Nr. 1–3 der Strafprozessordnung aufgelisteten Angehörigen durch die Beantwortung der Fragen des Leichenschauarztes der Gefahr einer strafrechtlichen Verfolgung oder eines Verfahrens nach dem Gesetz über die Ordnungswidrigkeiten aussetzen würde (§ 55 StPO).

Die Verweigerung von Auskünften käme daher etwa bei Behandlungsfehlern in Betracht, die in Verbindung mit dem Todeseintritt stehen könnten.

Angabe-, Anzeige- und Meldepflichten des Leichenschauarztes

Nach sorgfältiger Durchführung der Leichenschau hat der Leichenschauarzt unverzüglich und sorgfältig eine Todesbescheinigung auszufüllen, die einem von der zuständigen Behörde (in der Regel Landesministerium) festgelegten Muster entsprechen muss. Dieses Muster verlangt Angaben, die unter anderem zur Erfüllung anderweitig festgelegter Vorschriften notwendig sind (etwa Vorschriften des Personenstandsgesetzes, des Infektionsschutzgesetzes). Meldepflichten obliegen dem Arzt bei Anhaltspunkten für einen nichtnatürlichen Tod, bei ungeklärter Todesart sowie bei nicht geklärteter Identität. In diesen Fällen ist die Polizei zu benachrichtigen. Bis zum Eintreffen der Polizei hat der Arzt bei nichtnatürlichem Tod von der weiteren Durchführung der Leichenschau nach Feststellung des Todes abzusehen und keine Veränderungen an der Leiche vorzunehmen.

Mit dieser Regelung soll vermieden werden, dass artifiziell Spuren verwischt oder gelegt werden.

Weiterhin obliegt dem leichenschauenden Arzt eine Meldung an das

Gesundheitsamt, wenn der Verstorbene an einer meldepflichtigen Krankheit gemäß dem Infektionsschutzgesetz oder einer anderen übertragbaren Krankheit gelitten hat, die durch die Leiche verbreitet werden könnte. Weitere – wenn auch für Verstorbene nicht explizit normierte – Meldepflichten ergeben sich, wenn der begründete Verdacht besteht, eine Person könne an den Folgen einer Berufskrankheit verstorben sein oder die Berufskrankheit könne zumindest als Teilursache den Eintritt des Todes begünstigt haben.

Durchführung der Leichenschau

In neueren Leichenschauverordnungen ist die sorgfältige Untersuchung des Leichnams explizit normiert und weiterhin präzisiert, dass die Leichenschau an der vollständig entkleideten Leiche durchzuführen ist (siehe Checkliste). In § 3 der Bayerischen Bestattungsverordnung heißt es:

„[...] die Feststellung eines natürlichen Todes setzt in jedem Fall die Durchführung der Leichenschau an der vollständig entkleideten Leiche voraus. Die Leichenschau an der vollständig entkleideten Leiche erfolgt unter Einbeziehung aller Körperregionen einschließlich aller Körperöffnungen, des Rückens und der behaarten Kopfhaut.“

Unterschreitet der Arzt den geforderten Sorgfaltsmaßstab, begehrt er be-



Abbildung 2: Massive Einblutungen der Gesichts-, Hals- und Rumpfwerteile. Attestierung eines natürlichen Todes bei angeblichem Herzversagen

Tabelle 1 (Teil1)

Ländergesetzgebung: Landesrechtliche Besonderheiten*1: Autorisierte Personen, Durchführung und Todesart sowie assoziierte Feststellung

Länder	Wer darf?	Wer muss?	In welcher Zeit?	Durchführung	Sanktion	Vorläufige Todesbescheinigung	Todesart und assoziierte Feststellungen
Baden-Württemberg	Arzt/Ärztin (AIP)	Jede/r niedergelassene Arzt/Ärztin, Krankenhausärzte/-ärztinnen im Krankenhaus	Unverzüglich, bei späterer, begründeter Verhinderung muss Vertreter gestellt werden	Entkleiden der Leiche bei nicht eindeutiger Todesart oder Todesursache	Ordnungswidrigkeit	Ja	Anhaltspunkte für nicht-natürlichen Tod müssen konkret vorliegen oder wenigstens auf die (entfernte) Möglichkeit einer Straftat oder eines Suizids hinweisen; der plötzliche Tod eines jungen Menschen kann ausreichen
Bayern	Arzt/Ärztin (AIP sollte gegenzeichnen lassen)	Jede/r niedergelassene Arzt/Ärztin im Bereich seiner/ihrer Niederlassung, in kreisfreien Städten auch im angrenzenden Landkreis; sonst Amtsarzt	Unverzüglich	Sorgfältig am entkleideten Leichnam	Ordnungswidrigkeit	Ja	Natürlich, nichtnatürlich, nicht aufgeklärt
Berlin	Arzt/Ärztin/AiP	Jede/r niedergelassene Arzt/Ärztin, sofern nicht aus wichtigem Grund daran gehindert: Krankenhausärzte/-ärztinnen im Krankenhaus	Innerhalb von 12 Stunden	Keine Angaben	Ordnungswidrigkeit	Nein	Nichtnatürlich, natürlich, ungewiss, Art des Todes Eintritts
Brandenburg	Approbierte/r Arzt/Ärztin	Reihenfolge: behandelnder Arzt, nächster erreichbarer Arzt, Krankenhausarzt, Arzt im ärztlichen Notdienst	Unverzüglich	Unbekleidete Leiche, von allen Seiten, bei ausreichender Beleuchtung	Ordnungswidrigkeit	Für Not(dienst)arzt	Natürlich, nichtnatürlich, nicht aufgeklärt, siehe Vordruck
Bremen	Arzt/Ärztin	Jede/r niedergelassene Arzt/Ärztin und Notfallbereitschaftsdienstarzt/-ärztin	Unverzüglich, bei begründeter Verzögerung innerhalb von 6 Stunden	An der entkleideten Leiche, wenn vor Ort nicht möglich, ist die Leiche an einen geeigneten Ort zu bringen	Ordnungswidrigkeit	Für Not(dienst)arzt im Einsatz	Hinweise für nichtnatürlich ja/nein, ungeklärt, IRM/Gutachten-Fall gem. § 8 Abs. 3 BremGLW, Fetaltod in medizinischer Einrichtung
Hamburg	Arzt/Ärztin	Jede/r niedergelassene Arzt/Ärztin und Notfallbereitschaftsdienstarzt/-ärztin, Todesfeststellung zwingend	Unverzüglich, bis spätestens 6 Stunden nach Aufforderung	Vollständig entkleidet, sorgfältig	Ordnungswidrigkeit	Für Not(dienst)arzt	Anhaltspunkt für nichtnatürlich ja/nein, Todesart nicht geklärt, Warnhinweis, Schrittmacher
Hessen	Arzt/Ärztin	Jeder Arzt auf Verlangen, beamteter Arzt des zuständigen Gesundheitsamtes oder wenn von Gericht, Staatsanwaltschaft oder Polizei aufgefordert	Unverzüglich	Sorgfältig	Ordnungswidrigkeit	Ja vorläufige Todesfeststellung	Nichtnatürlich, nicht aufgeklärt, Warnhinweis, Herzschrittmacher, Obduktion angestrebt ja/nein
Mecklenburg-Vorpommern	Arzt/Ärztin	Jede/r Arzt/Ärztin	Unverzüglich	Vollständig entkleidete Leiche und Inspektion der Körperöffnungen	Keine	Nein	Hinweise für nichtnatürlich ja/nein
Niedersachsen	Arzt/Ärztin, AiP bei entsprechendem Ausbildungsstand, soll gegenzeichnen lassen	Beamtete Ärzte/Ärztinnen der Gesundheitsämter und Amtsärzte/-ärztinnen, wenn kein anderer	Unverzüglich	Sorgfältig	Ordnungswidrigkeit	Nein	Natürlich, nichtnatürlich, ungeklärt, Leichenöffnung könnte zur Aufklärung beitragen? Leiche unbekleidet ja/nein, Leiche nicht entkleidet weil [...]

reits eine Ordnungswidrigkeit; es kommen bei unsorgfältiger Leichenschau mit daraus resultierender Schädigung Lebender grundsätzlich auch strafrechtliche Konsequenzen in Betracht (zum Beispiel Übersehen hellerer Totenflecke als Hinweis auf eine CO-Intoxikation, da die Verstorbenen nicht entkleidet wurden; Tod weiterer Personen durch die aufgrund der unsachgemäßen Leichenschau nicht entdeckte CO-Quelle).

Handelt es sich prima facie erkennbar um einen nichtnatürlichen Tod oder stellt der Arzt während der Leichenschau Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod fest, ist die weitere Entkleidung zu unterlassen und die

Polizei zu benachrichtigen. Wenn in einem solchen Fall die Leichenschau –zulässigerweise– an einer teilbekleideten Leiche durchgeführt wurde, ist dies im Leichenschauschein entsprechend zu vermerken. Die grundsätzliche Forderung nach einer Durchführung der Leichenschau am unbekleideten Leichnam wird sowohl bei Krankenhausärzten als auch bei niedergelassenen Ärzten, die terminal Kranke betreuen, zu Unmut und Unverständnis führen. Dabei sollte bedacht werden, dass gerade bei ambulant verstorbenen Patienten, bei denen niedergelassene Ärzte die Leichenschau durchführen, die Dunkelziffer nicht erkannter nichtnatürlicher

Todesfälle groß ist und es bei dieser Fallkategorie kaum die Möglichkeit eines späteren Korrektivs durch eine klinische beziehungsweise gerichtliche Obduktion gibt, mithin auch Tötungsdelikte unentdeckt bleiben können. Der Forderung des Gesetz- und Verordnungsgebers nach sorgfältiger Durchführung der Leichenschau an der unbekleideten Leiche als Grundlage zur Attestierung eines natürlichen Todes ist daher im Interesse der Rechtssicherheit unbedingt Genüge zu tun. Die Unterschreitung des geforderten Sorgfaltsmaßstabs aus Bequemlichkeit, falsch verstandener Rücksichtnahme auf Angehörige, birgt Gefahren sowohl für die Auf-

Tabelle 1 (Teil 2)

Ländergesetzgebung: Landesrechtliche Besonderheiten*1: Autorisierte Personen, Durchführung und Todesart sowie assoziierte Feststellung

Länder	Wer darf?	Wer muss?	In welcher Zeit?	Durchführung	Sanktion	Vorläufige Todesbescheinigung	Todesart und assoziierte Feststellungen
Nordrhein-Westfalen	Arzt/Ärztin sonst Amtsarzt	Beamtete Ärzte/Ärztinnen des Gesundheitsamtes und Amtsärzte/-ärztinnen, wenn kein anderer; Notarzt muss nicht	Unverzüglich	Entkleidete Leiche	Ordnungswidrigkeit	Für Not(dienst)arzt/-ärztin, Angaben über Reanimation	Natürlich, nichtnatürlich, ungeklärt
Rheinland-Pfalz	Arzt/Ärztin	Jede/r niedergelassene Arzt/Ärztin	Unverzüglich	Sorgfältig an der unbedeckten Leiche	Nein	Für Not(dienst)arzt/-ärztin	Nichtnatürlich, nicht aufgeklärt, Obduktion angestrebt ja/nein, Warnhinweis Herzschriftmacher
Saarland (Neufassung in der Diskussion)	Arzt/Ärztin	Arzt/Ärztin des zuständigen Gesundheitsamtes, wenn kein anderer oder Gericht, Staatsanwaltschaft oder Polizei hierzu auffordert	Unverzüglich	Sorgfältig	Nein (geplant: Ordnungswidrigkeit)	Nein (evtl. zukünftig)	Natürlich, Unglücksfall, natürlich nach Unglücksfall, Freitod, nicht aufgeklärt
Sachsen	Arzt/Ärztin	Jede/r erreichbare niedergelassene Arzt/Ärztin, die während des ärztlichen Notfallbereitschaftsdienstes tätigen Ärzte/Ärztinnen, Krankenhausärzte/-ärztinnen im Krankenhaus	Unverzüglich	Entkleidete Leiche, unter Einbeziehung aller Körperregionen, insbesondere des Rückens, der Hals-/Nackenregion und Kopfhaut	Nein	Für Not(dienst)arzt/-ärztin	Natürlich, nichtnatürlich, ungeklärt, Herzschriftmacher
Sachsen-Anhalt	Arzt/Ärztin kein AIP	Notarzt/-ärztin, behandelnder Arzt, jede/r diensthabende Arzt/Ärztin, jeder niedergelassene Arzt, jeder Krankenhausarzt Notarzt/-ärztin darf sich auf Feststellung des Todes beschränken	Unverzüglich	Vollständig entkleidete Leiche	Ja/ Ordnungswidrigkeit	Für Not(dienst)arzt/-ärztin	Natürlich, nichtnatürlich, nicht aufgeklärt
Schleswig-Holstein	Arzt/Ärztin, Ausnahme auf einzelnen Inseln	Zur Verpflichtung keine Angaben	Unverzüglich, spätestens innerhalb 24 Stunden	Vollständig entkleidete Leiche unter Einbeziehung aller Körperregionen, insbesondere der rückwärtigen Körperregionen und der behaarten Kopfhaut	Ordnungswidrigkeit	Keine, Ausnahmen lokal (z. B. Kiel)	Natürlich, nichtnatürlich, nicht aufgeklärt, Zusatzangaben bei Totgeburt
Thüringen	Arzt/Ärztin	Derjenige Arzt, der den Verstorbenen während einer dem Tode unmittelbar vorausgehenden Erkrankung behandelt hat, oder ein Arzt der nächstgelegenen Einrichtung (auch Notarzt, Amtsarzt, Arzt des Bereitschaftsdienstes) oder jeder andere in der Nähe befindliche Arzt	Unverzüglich	Besichtigen und untersuchen	Nein	Nein	Natürlich, nichtnatürlich, nicht aufgeklärt

*modifiziert und aktualisiert nach Madea B: Die Ärztliche Leichenschau. Rechtsgrundlagen, praktische Durchführung, Problemlösungen. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1999.

deckung von nichtnatürlichen Todesfällen (insbesondere Tötungsdelikte) als auch für den Arzt (zumindest Ordnungswidrigkeit).

Der vertrauliche Teil der Todesbescheinigung dient medizinisch-statistischen Zwecken und enthält Angaben über den leichenschauenden Arzt, den zuletzt behandelnden Arzt, sichere Zeichen des Todes, Grundleiden, zum Tode führende Erkrankungen und die letztendliche Todesursache sowie weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache. Der vertrauliche Teil wird an das Gesundheitsamt weitergeleitet. Im Regelfall sind nichtvertraulicher und vertraulicher Teil der Todesbescheinigung dem Veranlasser

der Leichenschau unmittelbar nach Beendigung der Leichenschau und Ausfüllen der Todesbescheinigung zur Weiterleitung an das Standesamt auszuhandigen, da nach § 32 (Anzeige des Sterbefalles) des PStG dem Standesbeamten spätestens am folgenden Werktag nach Todeseintritt der Tod angezeigt werden muss.

Der nichtvertrauliche Teil ist für das zuständige Standesamt bestimmt und enthält Angaben zur Person des Verstorbenen – insbesondere die zur Eintragung in das Sterberegister und für die Bestattung erforderlichen Angaben gemäß § 37 PStG –, zur Art der Identifikation, zur Feststellung des Todes, zur Todesart sowie Zusatzangaben bei

Totgeborenen und Hinweise zum Infektionsschutzgesetz. Nur die Todesbescheinigung hat die in der jeweiligen Landesverordnung beziehungsweise dem jeweiligen Landesgesetz festgelegten Rechtsfolgen, nicht jedoch der in einigen Bundesländern eingeführte vorläufige Leichenschein. Aufgrund des vorläufigen Leichenscheins kann also keine Beurkundung des Todes erfolgen.

Im nicht vertraulichen Teil der Todesbescheinigung sind zunächst Personalangaben zu machen, dann Angaben, wie die Identifikation sichergestellt wurde (aufgrund eigener Kenntnis, nach Einsicht in den Personalausweis, Reisepass, nach Angaben von

Tabelle 2 (Teil 1)

Ländergesetzgebung; Landesrechtliche Besonderheiten*1: Verständigung der Polizei, Identifikation, Meldepflicht

Länder	Verständigung der Polizei bei	Leichenzeichen und Identifikation der Leiche	Auskunfts-pflicht/-recht	Betre-tungs-recht	Angaben zu Infektions-krankheiten	Art des Leichen-schauarztes	Leichen-schau ab	Meldepflicht des Obduzenten bei Anhaltspunkt für nichtnatürlichen Tod	Eigener Obduktions-schein
Baden-Württemberg	Anhaltspunkte für nichtnatürlichen Tod; Leiche eines Unbekannten	Todesbescheinigung unverzüglich ausstellen, wenn sichere Leichen-zeichen	Ja	Ja	Ja, siehe Vordruck	Keine Vorgaben	500 g	Keine Regelung	Ja
Bayern	Nichtnatürlich, Leiche eines Unbe-kannten, dann keine Veränderungen	Pauschal in Todesbescheini-gung vor Unterschrift	Ja	Ja	Ja	Keine Vorgaben	500 g	Ja	Ja
Berlin	Nichtnatürlich, Leiche eines Unbe-kannten	Bei nicht identifiziertem Al-ter? Auffindsituation? Sterbeort = Fundort? Angaben über Schwanger-schaft	Ja	Keine Rege-lung	Ja	Behandelnder Arzt ja/nein	500 g	Keine Regelung	Nein
Brandenburg	Nichtnatürlich, nicht aufgeklärt, Leiche eines Unbe-kannten	Leichenflecken, -starre, Fäulnis, mit dem Leben nicht vereinbare Verletzungen Hirntod, Reanimation	Ja	Ja	Ja	Keine Vorgaben	500 g	Ja	Ja
Bremen	Bei offensichtlich nichtnatürlicher Todesart und nicht identifizierbaren Toten	Angaben zur Identifizierung, Reanimation?	Ja	Ja	Ja	Behandelnde/r Arzt/Ärztin, ärztlicher Leichen-schauer mit/ohne Angaben des/der behandelnden Arztes/Ärztin	500 g	Ja	Nein
Hamburg	Nichtnatürlicher Tod oder wenn ein solcher nicht mit Sicherheit auszu-schließen, Leiche eines Unbekannten	Angaben zur Leichenidenti-fikation, Reanimation, Hirn-tod, Verletzungen, Leichen-flecken, -starre, Fäulnis	Ja	Ja	Ja	Keine Vorgaben	Leichen-schau ab 500 g Bestattung ab 1000 g	Nein, nicht im Ge-setz geregelt	Ja
Hessen	Nichtnatürlich, Leiche eines Unbe-kannten	Angaben zur Identifi-zierung, Leichenflecken, -starre, Fäulnis, mit dem Leben nicht zu vereinba-rende Verletzungen, Hirntod, Reanimation ja/nein	Ja	Keine Regelung	Ja	Keine Vorgaben	500 g	Keine Regelung	ja
Mecklenburg-Vorpommern	Wenn kein natür-licher Tod, bei un-bekanntem Toten	Totenflecken, -starre, Fäulnis, Angaben zur Identi-fizierung	Ja	Ja	Ja, siehe Todes-bescheinigung	Keine Vorgaben	500 g	Ja	Ja

Angehörigen/Dritten beziehungsweise Identifikation nicht möglich). Dann findet man Angaben zu den sicheren Zeichen des Todes sowie zu Ort und Zeitpunkt des Todes.

Feststellung des Todes

Die erste und wichtigste Aufgabe bei der ärztlichen Leichenschau ist die sichere Feststellung des eingetretenen Todes. Leider gibt es vereinzelt Mitteilungen über fälschliche „Todesfeststellungen“ bei noch Lebenden. Ursachen hierfür sind immer ärztliche Fehlleistungen, das heißt der Verstorbene wird nicht entsprechend der Leichenschauverordnungen ordnungsgemäß untersucht.

Eine Kombination von Medikamentenintoxikation mit allgemeiner Unterkühlung ist die häufigste Ursache für eine Vita minima und Vita reducta mit fälschlicher Attestierung des Todes. Dass bei der Mehrzahl bekannt gewordener Fälle fälschlicher Attestierungen des Todes bei noch Lebenden überwiegend Frauen betroffen sind, ist sicherlich kein zufälliger Fehler, möglicherweise wird geschlechtsspezifisch die Leichenschau bei Frauen noch weniger sorgfältig durchgeführt als bei Männern.

Die Feststellung des eingetretenen Todes ist unproblematisch, wenn sichere Todeszeichen (Totenstarre, Totenflecke, Fäulnis, mit dem Leben nicht zu vereinbarende Körperzer-

störung) vorliegen. Unsicherheiten in der Feststellung des Todes treten vor allem in der Zeitphase zwischen scheinbar leblosem Zusammenbrechen und der Ausbildung sicherer Todeszeichen oder in einer Phase der Vita minima beziehungsweise Vita reducta auf mit bei oberflächlicher Untersuchung nicht unbedingt evidenten Lebenszeichen.

So genannte unsichere Todeszeichen, die für sich allein in keinem Falle die Feststellung des Todes rechtfertigen, sind:

- Bewusstlosigkeit,
- Ausfall der Spontanatmung,
- keine Pulse tastbar,
- keine Herztöne wahrnehmbar,
- Areflexie,

Tabelle 2 (Teil 2)

Ländergesetzgebung: Landesrechtliche Besonderheiten*1: Verständigung der Polizei, Identifikation, Meldepflicht

Länder	Verständigung der Polizei bei	Leichenzeichen und Identifikation der Leiche	Auskunftspflicht /recht	Betreuerrecht	Angaben zu Infektionskrankheiten	Art des Leichenschauarztes	Leichenschau ab	Meldepflicht des Obduzenten bei Anhaltspunkt für nichtnatürlichen Tod	Eigener Obduktionschein
Niedersachsen	Nicht identifiziert, nicht sicher natürlicher Tod	Zeitpunkt Leichenschau, Sterbezeitpunkt, Ort der Leichenschau = Sterbeort?	Ja	Keine Regelung	Nein	Nein	500 g	Keine Regelung	Nein, Sektionsbefund in Todesbescheinigung
Nordrhein-Westfalen	V. a. nichtnatürlicher Tod, unbekannte Leiche	Angaben zur Identifizierung, Totenflecken, -starre, Fäulnis, mit dem Leben nicht vereinbare Verletzungen, Hirntod Reanimation erfolglos durchgeführt, ja?	Ja	Keine Regelung	Ja	Keine Vorgaben	500 g	Ja	Nein
Rheinland-Pfalz	Nichtnatürlich, nicht aufgeklärt	Angaben zur Identifizierung der Leiche, Sterbeort/Ort der Auffindung, Totenflecke, -starre Fäulnis, Verletzungen mit dem Leben nicht vereinbar, Hirntod, Reanimation ja/nein, Schwangerschaft	Ja	Keine Regelung	Ja	Nein	500 g	Keine Regelung	Ja
Saarland (Neufassung in der Diskussion)	Nichtnatürlich oder unbekannte Leiche	Pauschal vor Unterschrift	Ja	Nein (geplant ja)	Nein	Keine Vorgaben	500 g	Keine Regelung	Nein
Sachsen	Nichtnatürlich, nicht aufgeklärt, Leiche eines Unbekannten, dann keine Veränderung	Angaben zur Identifizierung der Leiche, Totenflecke, -starre, Fäulnis, mit dem Leben nicht vereinbare Verletzungen	Ja	Ja	Ja	Nein	500 g	Ja	Nein
Sachsen-Anhalt	Laut vorläufiger Todesbescheinigung: bei Verdacht des nichtnatürlichen Todes, nicht aufgeklärter Todesart nicht identifiziertem Toten	Schwangerschaft? Leichenflecke, -starre, Fäulnis, irreversibler Herz- und Atemstillstand nicht mit dem Leben vereinbare Verletzungen	Ja	Ja	Ja, siehe Todesbescheinigung	Keine Vorgaben	500 g	Ja	Nein
Schleswig-Holstein	Anhaltspunkt für nichtnatürlichen Tod oder unbekannte Leiche	Pauschal in Todesbescheinigung vor Unterschrift, Schwangerschaft, ja/nein	Keine Regelung	Keine Regelung	Ja	Nein	500 g	Keine Regelung	Nein
Thüringen	Nichtnatürlich, nicht geklärt, unbekannter Toter	Schwangerschaft? Autopsie in Pathologie/Rechtsmedizin beantragt? Entbindung in den letzten 3 Monaten? Berufs-, Infektions-, Krebskrankheit?	Ja	Keine Regelung	Ja	Nein	Keine eindeutige Regelung	Keine Regelung	Nein

*1 modifiziert und aktualisiert nach Madea B: Die Ärztliche Leichenschau. Rechtsgrundlagen, praktische Durchführung, Problemlösungen. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1999.

- lichtstarre, weite Pupillen,
- Tonusverlust der Muskulatur.

Vielmehr muss die Irreversibilität des Ausfalls der Vitalfunktionen (irreversibler Kreislauf-, Atemstillstand) sichergestellt werden durch:

- das Vorliegen sicherer Todeszeichen (Livores, Rigor, fortgeschrittene Leichenerscheinungen), beziehungsweise

• vergebliche Reanimation von Minuten Dauer, gesichert durch ein etwa 30-minütiges 0-Linien-EKG trotz adäquater Maßnahmen bei Ausschluss einer allgemeinen Unterkühlung beziehungsweise Intoxikation mit zentral dämpfenden Medikamenten (16).

Bei der ambulant durchgeführten Leichenschau muss immer ein sicheres

Todeszeichen vorliegen. Livores treten etwa 15 bis 20 Minuten post mortem als kleine rote Flecken auf, bei Rückenlage der Leiche häufig zuerst in der Nackenregion. Bei frustraner Reanimation über einen Zeitraum von mindestens 30 Minuten, ohne dass eine suffiziente Herz-Kreislauf-Funktion zustande kam, dürften bald nach Beendigung der Reanimation auch die ersten Livores auftreten.

Weitere sichere Todeszeichen sind:

- Hirntod (nur unter klinischen Bedingungen bei assistierter Beatmung feststellbar)

- mit dem Leben nicht zu vereinbarende Körperzerstörungen (etwa Exenteration lebenswichtiger innerer Organe).

Ergeben sich Hinweise auf eine Hypothermie, Intoxikation oder andere Ursachenkomplexe einer Vita minima oder Vita reducta (11, 12) gilt: keine Attestierung des Todes ohne Feststellung von Leichenerscheinungen (Livores, Rigor).

Wird bei fehlender oder mangelhafter Untersuchung eines „Verstorbenen“ später noch Vitalität festgestellt (durch Bestatter oder Kriminalbeamte), muss der betroffene Arzt auch mit strafrechtlichen Ermittlungen wegen des Verdachts der fahrlässigen Tötung rechnen. Bei den in der Literatur mitgeteilten Fällen von „Scheintod“ (Ausstellung von Todesbescheinigungen für noch Lebende infolge unsachgemäßer, unsorgfältiger Untersuchung des

„Leichnams“) handelt es sich nahezu ausschließlich um Fälle, in denen bedingt durch eine Intoxikation und Unterkühlung eine *Vita minima* oder *Vita reducta* vorlag. Bei sachgemäßer Untersuchung wäre in jedem Fall feststellbar gewesen, dass die Personen noch nicht verstorben waren.

Feststellung der Todeszeit

Im Leichenschauformular werden dem Arzt Angaben zur Todeszeit gegliedert nach Tag, Monat, Jahr und Uhrzeit abverlangt. Die Todeszeit kann vor allen Dingen bei quasi gleichzeitigem Tod von Angehörigen immense erbrechtliche Konsequenzen haben (11). Es sind auch Fälle bekannt geworden, in denen als Erben in Betracht kommende Personen den Leichenschauarzt bitten, den Todeszeitpunkt um einige Stunden zu verschieben, damit der monatliche Unterhaltsanspruch (nach § 1612 Abs. 3 BGB) oder auch die Rente noch einmal fällig werden. Einem solchen Ansinnen muss sich ein Arzt grundsätzlich verschließen, um sich nicht neben einer Ordnungswidrigkeit auch noch der Gefahr strafrechtlicher Konsequenzen wegen Beihilfe zum Betrug (§§ 27, 263 StGB) auszusetzen.

Für Totauffindungen, bei denen eine retrospektive Eingrenzung des Todeszeitraums auch für den Erfahrenen schwierig ist, sehen einige Leichenschauformulare zur Eingrenzung des Todeszeitintervalls folgende Angaben vor:

- zuletzt lebend gesehen,
- tot aufgefunden am ...,
- beziehungsweise Sterbezeit ...,
- falls Sterbezeitpunkt unbekannt beziehungsweise tot aufgefunden: Datum und Uhrzeit der Leichenauffindung.

Tritt der Tod unter ärztlicher Überwachung ein oder ist der Todeseintritt durch zuverlässige Zeugen beobachtet, kann der Zeitpunkt des irreversiblen Herzstillstandes oder Atemstillstandes entsprechend als Todeszeitpunkt protokolliert werden. Bei Unglücksfällen mit ultrakurzer Agonie kann der Unglückszeitpunkt als Todeszeitpunkt verwertet werden. Liegt eine kurze Agonie vor, also etwa vom

Unglückszeitpunkt bis zum Eintreffen des Arztes, so wird es sich empfehlen, diesen Zeitbereich als Todeszeitraum anzugeben. In gleicher Weise sollte der Arzt verfahren, wenn er von Angehörigen eines Verstorbenen zur Leichenschau gerufen wird. Zu empfehlen ist unter diesen Umständen der Zusatz: „Nach Angaben der Angehörigen“, sollte man diesen nicht bereits als Vordruck im Leichenschauformular finden. Vorsicht ist immer geboten, wenn Angehörige quasi gleichzeitig bei einem Unglücksfall ums Leben gekommen sind: hier sind relativierende Angaben zur Todeszeit zu empfehlen.

Bei Totauffindungen stehen dem Arzt in der Regel keine Zeugenaussa-

gen über den Todeszeitpunkt zur Verfügung, sondern allenfalls Angaben über den Auffindezeitpunkt oder Angaben über den Zeitpunkt, zu dem der Verstorbene letztmals lebend gesehen wurde. In jedem Fall sollten diese Zeitpunkte protokolliert werden. Die Todeszeitbestimmung muss sich dann nahezu ausschließlich am Ausprägungsgrad der Leichenerscheinungen orientieren, insbesondere dem Ausbildungsgrad der Totenflecken, der Totenstarre und der Fäulnis. Eine zusammenfassende Übersicht über den Fortschreitungsgrad der Leichenerscheinungen zur orientierenden Einschätzung der Liegezeit gibt *Textkasten 3*. Die Ausprägung der Totenstarre sollte

immer in mehreren Gelenken (Kiefer, Ellenbogen, Knie, Fingergelenke) geprüft werden. Die Totenflecke sind zu beurteilen nach Ausdehnung, Intensität, Wegdrückbarkeit, gegebenenfalls Verlagerbarkeit und natürlicher Farbe, da diese Kriterien neben groben Anhaltspunkten für die Todeszeit auch Hinweise auf die Todesursache geben können (CO-Intoxikation: hellrote Totenflecke; Methämoglobinbildner: braunrote Totenflecke; geringe Ausdehnung und Intensität bei nicht in Entstehung begriffenen Livores: Hinweis auf inneres oder äußeres Verbluten; Anämie). Der Ungeübte sollte eine zu weitgehende Eingrenzung des Sterbezeitpunktes aus dem Ausprägungsgrad der Leichenerscheinungen vermeiden und auch hier relativierende Zusätze wie „etwa“ wählen. Eine exakte Zeitschätzung aus dem Abfall der Körperkerntemperatur und der Prüfung supravitaler Reaktionen setzt fachärztlich-rechtsmedizinisches Instrumentarium und Wissen voraus (6, 7, 12). In entsprechend gelagerten Fällen kann jedoch von jedem Arzt verlangt werden, die tiefe Rektaltemperatur (mindestens 8 cm oberhalb des Sphincter ani) zu messen

Textkasten 3

Schätzung der Liegezeit eines Leichnams aus dem Grad von Leichenerscheinungen und supravitalen Reaktionen

Körperkerntemperatur

- Abfall der Körperkerntemperatur (Tiefe Rektaltemperatur 8 cm oberhalb des Sphincter ani) zunächst Temperaturplateau von 2–3 h Dauer dann etwa 0,5–1,5 °C/h, abhängig von Umgebungstemperatur, Lagerung, Bekleidung, Bedeckung, Körperproportionen, Witterungsbedingungen
- Hornhauttrübung bei offenen Augen nach 45 min
- Hornhauttrübung bei geschlossenen Augen nach ca. 24 h

Totenflecke

- Beginn der Totenflecke am Hals nach 15–20 min
- Konfluktion ca. 1–2 h
- Volle Ausbildung der Totenflecke nach wenigen Stunden (ca. 6–8)
- Wegdrückbarkeit auf Fingerdruck ca. 10 h (10–20 hpm)
- Umlagerbarkeit ca. 10 h

Totenstarre

- Beginn der Totenstarre am Kiefergelenk nach 2–4 h
- Vollständig ausgeprägte Starre nach ca. 6–8 h
- Beginn der Lösung nach ca. 2–3 Tagen (stark abhängig von der Umgebungstemperatur)
- Wiedereintritt der Starre nach Brechen bis ca. 8 hpm
- Vollständige Lösung nach 3–4 Tagen, bei tiefer Umgebungstemperatur auch deutlich länger als 1 Woche erhalten

Mechanische Erregbarkeit der Skelettmuskulatur

- Fortgeleitete Kontraktion bis 1,5–2,5 hpm
- Lokale Kontraktion bis ca. 8 hpm

* hpm, Stunden postmortal

Checkliste zur Leichenschau *1

1. Veranlasser der Leichenschau:

Angehörige (bei ambulanten Todesfällen), Anstaltsleiter/Heimleitung, Medizinisches Personal (bei Todeseintritt im Krankenhaus), vergeblicher Notarzteeinsatz, 1.1 Zeitpunkt der Veranlassung (Datum, Uhrzeit), 1.2 Zeitpunkt der Durchführung (Datum, Uhrzeit).

2. Ort der Leichenschau:

Krankenhaus, in der Wohnung, mit Ableben war zu rechnen, unerwarteter Todesfall, in der Öffentlichkeit, Unfall, leblos zusammengebrochen, Notarzteeinsatz, Leichenfund, Beschreibung der Leichenumgebung: im Freien oder in geschlossenem Raum (Fenster und Türen geschlossen oder geöffnet, Verschlussverhältnisse), Außen-/Innentemperatur, Witterungsverhältnisse, Heizung an oder aus, Leichenfund in Wohnung: in welchem Raum, Körperposition, Bekleidung

Leichenumfeld: Zustand der Wohnung (geordnet, verwahrlost, durchsucht usw.), Hinweis auf Konsum von Alkohol, Drogen, Medikamenten (Flaschen, Dosen, Medikamente, Rezepte, Fixerutensilien), Waffen, Strangwerkzeug am oder in Umgebung des Leichnams, Blutlachen, Blutspuren, Hinweise auf Erkrankungen: Krankenschein, Medikamente, Rezepte.

3. Identifikation des Verstorbenen:

Dem Leichenschauer bekannt, nach Einsicht in Ausweispapiere, nach Angaben von: Angehörigen, Dritten/Polizei, nicht möglich.

4. Zustand der Bekleidung:

Geordnet oder ungeordnet, Knöpfe in Knopflöchern, Knöpfe ausgerissen, Beschädigungen der Knopfleiste, Reißverschlüsse geöffnet oder geschlossen, Art der Ober- und Unterbekleidung, Schuhe, Beschädigungen und Verschmutzungen der Bekleidung einschließlich der Schuhe, Schleifspuren an den Schuhen, Uhren und Schmuck, Tascheninhalt, Veränderungen an der Bekleidung während der Leichenschau/Reanimation (Kleider aufgeschnitten, aufgerissen).

5. Reanimation:

Zustand bei Eintreffen des Notarztes, Ärztliche Maßnahmen während der Reanimation (siehe auch DIVI-Rettungsdienstprotokoll), Injektionen, Intubationen (Schwierigkeiten, Komplikationen), Extrathorakale Herzmassage, Komplikationen (Rippenfrakturen, Fehlintubation, Pneumothorax), Defibrillation

6. Lage der Leiche:

Rücken-, Bauch-, Seiten-, Kopftieflage, Arme, Beine ausgestreckt, angewinkelt, abgespreizt, Geschlecht, Lebensalter (ggf. Schätzung), Körpergröße, Gewicht, Ernährungszustand, Körperanhaftungen: Blut, Kot, Sperma, Schmutz (Lokalisation), Blut- bzw. Sekretabrinnsuren (Verlauf, angetrocknet?).

7. Untersuchung des Leichnams, 7.1 Leichenerscheinungen:

Totenflecke: Lage, Farbe (hell: CO, Kälte; braunrot: Met-Hb; gering: innerer, äußerer Blutverlust, Anämie; normal: blau-livide), Intensität, Ausdehnung, Wegdrückbarkeit, Verlagerbarkeit, Ausbildung kompatibel zur Auffindesituation, Totenstarre: Ausprägung in allen großen und kleinen Gelenken prüfen (nachweisbar, nicht nachweisbar, teigig-weich, kräftig, nicht mehr zu brechen, Wiedereintritt nach Brechen), Vertrocknungen: Lippen, Genitale, Augapfelbindehaut, Supravitale Reaktionen: ggf. idiomuskulärer Wulst, elektrische Erregbarkeit der Skelettmuskulatur prüfen, tiefe Rektaltemperatur, Fäulnis: Grünfäulnis der Bauchhaut, Ablösung der Oberhaut, Fäulnisblasen, Gasdunstung von Gesicht, Abdomen, Skrotum. Durchschlagen des Venennetzes, Fäulnisflüssigkeit in Mund- und Nasenöffnungen. Leichte Ausziehbarkeit der Haare, Ablösung der Fingernägel. Fliegeneiablagen in Nasenöffnungen, Lidspalte, Mundwinkel. Fliegenlarve (Länge), Puppen, Puppenhüllen. Leichenfauna: Fliegeneiablage in Augenwinkeln, Mundwinkeln, penetrierenden Hautverletzungen; Fliegenmaden; Verpuppung; leere Puppenhüllen, Ausprägungsgrad der Leichenerscheinungen mit dem angegebenen Zeitpunkt des Todeseintritts kompatibel?

7.2 Systematische Untersuchung des Leichnams

Geruch: Druck auf Rippenbogenrand, an Mund und Nase riechen (aromatischer Geruch bei Alkoholisierung, Bittermandelgeruch bei Blausäure, knoblauchartiger Geruch bei E 605, Aceton, Urämie), Ödeme an Unterschenkel, Druckstellen Knie/Knöchel: Holzer-Blasen bei Schlafmittelvergiftung, Narben: Handgelenksbeuge ▷



bei früherem Suizidversuch, Operationsnarben, Narben nach zurückliegenden Stich-/Schnittverletzungen, Injektionsstellen bei Drogenabhängigkeit, nicht nur Ellenbeugen, Unterarme und Handrücken, sondern auch Schwimmhaut zwischen Fingern und Zehen, Mundvorhofschleimhaut, Zunge, Leistenbeuge, Penis; Perlschnurartig angeordnete, unterschiedlich alte Injektionsmale („Schussleisten“), Hautabszesse, Schwangerschaftszeichen: dunkle Warzenhöfe, gelbliche Flüssigkeit aus den Mamillen auspressbar, Striae an Unterbauch und Oberschenkel, Tastbefund, Uterusstand, behaarte Kopfhaut genau abtasten: Schwellungen, Hämatome, Durchtrennungen der Kopfschwarte, Knochenreiben tastbar, Gesichtsschädel: Verletzungen prominenter Anteile (Augenbrauen, Jochbogen, Nase, Kinn – agonale Sturzverletzungen bei plötzlichem Tod), Blutungen, Schwellungen von Augenlidern (Monokelhämatom, Lippen und Mundvorhofschleimhaut mit Durchtrennungen bei Schlageinwirkung), Blutaustritt aus dem äußeren Gehörgang (auch aus Mund und Nase) bei Schädelbasisbruch, punktförmige Blutungen der Haut des Gesichts (Augenlider, Augenlidbindehäute, Mundvorhofschleimhaut bei Halskompression – Drosseln, Würgen, atypisches Erhängen), Druckstauung, aber auch aus innerer Ursache: in jedem Fall genaue Untersuchung des Halses, Dunsung, Zyanose des Gesichts, Augen: offen, geschlossen, Ver trocknungen der Sklera; Pupillenweite: seitengleich oder Seitendifferenz, eng, mittelweit, weit, Augapfelbindehautblutungen, Mund und Nase: Schaumpilz; Kardiales Lungenödem, Opiatintoxikation, Ertrinken, Tod durch Halskompression, Erbrochenes in der Mundhöhle, Fremdmaterial in der Mundhöhle, Tablettenreste bei suizidaler, aber auch homizidaler Intoxikation, Abrinnsuren aus Mundwinkel, Speichelabrinnsuren bei Erhängen (Salivation durch Druck auf das Ganglion pterygopalatinum), Blut in der Mundhöhle und im Mundvorhof: stumpfe Gewalt (Platzwunde Lippe, Mundvorhofschleimhaut), Mundschnus, Zähne: festsitzend, Zustand des Gebisses. Lippenverätzungen, Abrinnsuren; Blutung aus dem oberen Gastrointestinaltrakt: bei Blutung aus dem Magen u. U. hämatiniertes Blut, Vergiftung durch Säuren und Alkalika, Zunge: hinter, zwischen den Zahnreihen, Zungenbissverletzungen, Nase: Nasenskelett abnorm beweglich, Inhalt der Nasenöffnungen, Abrinnsuren, Hals: Verletzungen (Ver trocknungen, Hauteinblutungen, Hautunterblutungen, Oberhauanritzungen, Strangwerkzeug am Hals, Strangfurche, Strangmarke) Verlauf horizontal zu einer Seite oder zum Nacken hin ansteigend, Furche überall gleich tief imprimierend oder unterschiedlich, doppelte Strangmarke, Zwischenkammbutung, Rumpf/Brustkorb/Extremitäten: Verletzungszeichen: Ver trocknungen, Schürfspuren, Einblutungen, Unterblutungen, penetrierende Hautverletzungen, falsche Beweglichkeit (HWS: Zug und Drehen nach allen Seiten durch Anfassen des Kopfes), Beckenring (Druck auf die Spina iliaca ant. sup. bds. bzw. auf Symphyse), Arme: Griffspuren Innenseite Oberarme, Abwehrverletzungen Streckseite, Kleinfingerseite Unterarme, Handrücken; Schürfungen Handrücken bei atonischem Sturz; Beschmauchung, Blutspritzer, Schlittenverletzungen bei suizidaler Schussverletzung, Strommarken: Hände, Finger, Fußsohlen, Zehen, After, Genitale: Blutaustritt aus After, Genitale (Verletzungszeichen, Fremdkörper, Sekretanhaufungen, Sperma, Kotaustritt), allgemeiner Ernährungs- und Pflegezustand (wichtig bei Vernachlässigung: Säuglinge, Kleinkinder, Gebrechliche), zur Leichenschau notwendiges Instrumentarium, Einmalhandschuhe, 2 Pinzetten (zum Ektropionieren der Augenlidbindehäute), bei schlechter Beleuchtung Taschenlampe

8. Anamnese/Umstände des Todeseintritts:

Mit Ableben war zu rechnen, definiertes Grundleiden mit schlechter Prognose bekannt; Zeitpunkt und Umstände des Todeseintritts mit Diagnose und Prognose kompatibel, plötzlicher, unerwarteter Todesfall: anamnetisch kein Hinweis auf todeswürdiges Grundleiden

9. Wer hat die Leichenschau durchgeführt:

Behandelnder Arzt, ärztlicher Leichenschauer nach Angaben des behandelnden Arztes, ärztlicher Leichenschauer ohne Angaben des behandelnden Arztes.

10. Maßnahmen:

Nach Durchführung der Leichenschau Ausfüllen der Todesbescheinigung (evtl. Einholen von Auskünften des behandelnden Arztes), ist am Fundort nach Todesfeststellung eine Leichenschau aus äußeren Gründen unmöglich: Benachrichtigung der Polizei, bei nichtnatürlichem Tod und nicht geklärter Todesart: Benachrichtigung der Polizei. Bei Hinweisen auf CO-Intoxikation Mitteilung an Bewohner und Polizei zur Aufdeckung der CO-Quelle, in Bundesländern mit Entkoppelung von Todesfeststellung und Leichenschau die Leichenschau durch weiteren Arzt veranlassen und sicherstellen; ggf. Meldung an Gesundheitsamt, Ausfüllen des Leichenschauscheines: Funktionelle Endzustände (wie Atemstillstand, Kreislaufstillstand, Herz-Kreislauf-Versagen, Hirnversagen, Alter) sind keine „Todesursachen“, sondern konstitutiver Bestandteil vieler Sterbeprozesse, Kachexie und Verbluten sind (entgegen Vorgaben z.B. in der Todesbescheinigung NRW) eigenständige Todesursachen, bei denen freilich die zugrunde liegende Ursache anzugeben ist, etwa: Kachexie bei Anorexia nervosa, Verbluten bei in die Bauchhöhle rupturiertem Aneurysma oder Verbluten bei Messerstichverletzungen des Brustkorbes mit Beteiligung von Herz und Lungen.

*1 Aus Madea B: Die Ärztliche Leichenschau. Rechtsgrundlagen, praktische Durchführung, Problemlösungen. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1999, Madea B: Praxis Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 2003. Mit freundlicher Genehmigung des Springer-Verlags.

(nicht mittels Fieberthermometer sondern mittels eines geeichten Glas- oder elektronischen Thermometers mit einem besonders langen Messansatz). Notwendig ist die gleichzeitige Messung der Umgebungstemperatur sowie die Protokollierung der Uhrzeit der Messungen. Sind in einem Todesfall am Ereignisort Erhebungen zur Todeszeit von kriminalistischer Relevanz, sind notfalls über die Polizei rechtsmedizinische Untersuchungen zu veranlassen. Jeder Arzt muss jedoch in der Lage sein, über den Ausprägungsgrad von Totenstarre (immer in mehreren Gelenken prüfen), Totenflecken (Konfluktion, Wegdrückbarkeit, Verlagerbarkeit) und Körpertemperatur (Leiche fühlt sich noch warm an oder erkaltet) grobe Einschätzungen zur Liegezeit des Leichnams vorzunehmen.

Feststellung der Todesursache

Im vertraulichen Teil der Leichenschauformulare ist unter der Rubrik „Todesursache“ der Krankheitsverlauf in einer Kausalkette vom ausstellenden Arzt zu dokumentieren. Dabei ist zum Beispiel in Nordrhein-Westfalen

- in Zeile I a die unmittelbare Todesursache anzugeben.
- In den Zeilen I b und I c die vorangegangenen Ursachen-Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter I a herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle.
- Schließlich sind in Zeile II andere wesentliche, mit zum Tode führende Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grundleiden aufzuführen.

Weiterhin ist jeweils die ungefähre Zeitspanne zwischen Beginn der Krankheit und dem Tod anzugeben. Diese Zeitspanne dient einer inneren Plausibilitätskontrolle für die Richtigkeit der Todesursachenkaskade vom Grundleiden zur Todesursache. Eine formal richtig gestaltete Todesursachenkaskade, die von der unmittelbaren Todesursache zum Grundleiden zurückführt wäre zum Beispiel:

I a Ösophagusvarizenblutungen als Folge von

I b Pfortaderstauung als Folge von

I c Leberzirrhose (Grundleiden)
II Diabetes mellitus

oder

I a Retentionspneumonie als Folge von

I b obturierendem Bronchialkarzinom.

Die Rubrik I a zur Todesursache muss in jedem Falle ausgefüllt werden. Anzugeben sind Krankheiten, Verletzungen oder Komplikationen, die den Tod unmittelbar verursachen. Wenn die Angaben unter I a infolge einer anderen Bedingung („Folge von“) waren, sind diese unter I b anzugeben. Wenn die Todesursache unter I a keine Folge weiterer Komplikationen oder anamnestisch bekannter Grundleiden

behördliches Todesermittlungsverfahren in Gang kommen kann.

Von den zahlreichen Untersuchungen zur Validität der klinischen Todesursachendiagnostik im Vergleich zum pathologisch-anatomischen Befund soll lediglich noch einmal auf die Görtitzer Studie (14) verwiesen werden: Im Zeitraum 1986 bis 1987 konnten dort nahezu 100 Prozent der Verstorbenen obduziert werden und die klinisch diagnostizierten Grundleiden und Todesursachen mit dem pathologisch-anatomischen Befund verglichen werden. Eine Übersicht über den Übereinstimmungsgrad von Leichenschau- und autoptischer Diagnose getrennt nach Geschlecht und Sterbeort

Tabelle 3

Übereinstimmung zwischen Leichenschau- und Obduktionsdiagnose – Männer und Frauen (%)^{*1}

	Keine		Völlige		Teilweise	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Gesamt	45,0	48,8	32,8	33,7	22,2	17,5
Klinik	42,9	44,0	32,7	41,5	24,4	14,5
Heim	63,2	57,8	15,8	16,3	21,0	25,9
Stadt	41,3	50,7	39,3	32,9	19,4	16,4

^{*1}Modelmog D: Todesursache sowie Häufigkeit pathologisch anatomischer Befundkomplexe und Diagnosen einer mittelgroßen Stadt bei fast 100-prozentiger Obduktionsquote. Egelsbach: Verlag Hänsel-Hohenhausen 1993; (Dtsh Hochschulschriften 491).

ist, bedarf es keiner weiteren Eintragungen, zum Beispiel:

I a Schädel-Hirn-Durchschuss

oder

I a Myokardinfarkt (1 Tag).

Obwohl in nahezu allen Leichenschauformularen explizit angegeben ist, dass zur Todesursache keine Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislauf-Versagen angegeben werden sollen, da diese konstitutiver Bestandteil jedes Sterbeprozesses sind, findet man häufig nichts sagende „Diagnosen“ wie Kreislaufstillstand, Herzversagen, Atemstillstand, Lebensalter insbesondere bei durch niedergelassene Ärzte ausgefüllten Todesbescheinigungen ambulant verstorbenen Patienten. Derartige Angaben sind sowohl für die Todesursachenstatistik unbrauchbar als auch keine verlässliche Basis zur Qualifikation der Todesart. Bleibt die Todesursache durch die Leichenschau unklar, ist dies entsprechend im Leichenschauschein zu vermerken, damit gegebenenfalls ein

gibt die *Tabelle 3*. Bezogen auf das Gesamtmaterial ergab sich in 48 Prozent der Fälle keine Übereinstimmung zwischen Leichenschau- und Obduktionsdiagnosen. Bei Heiminsassen ergab sich in nahezu 60 Prozent keine Übereinstimmung zwischen Leichenschau- und Obduktionsdiagnosen. Falsche Diagnosen mit klinischer Konsequenz lagen dabei in insgesamt 25,4 Prozent vor, bei in der Klinik und Stadt Verstorbenen in jeweils 22 Prozent, bei im Heim Verstorbenen in 41 Prozent.

Bei Eintragungen zu Grundleiden und Todesursache im Leichenschauschein sollte sich der Arzt die gesamte Krankheitsgeschichte seines Patienten nochmals vor Augen halten und sich insbesondere auch fragen, ob eine finale Morbidität vorlag, die das Ableben des Patienten zum gegebenen Zeitpunkt und unter den gegebenen Umständen erwarten ließ. Ergibt sich die Todesursache weder aus anamnestisch bekanntem Grundleiden noch

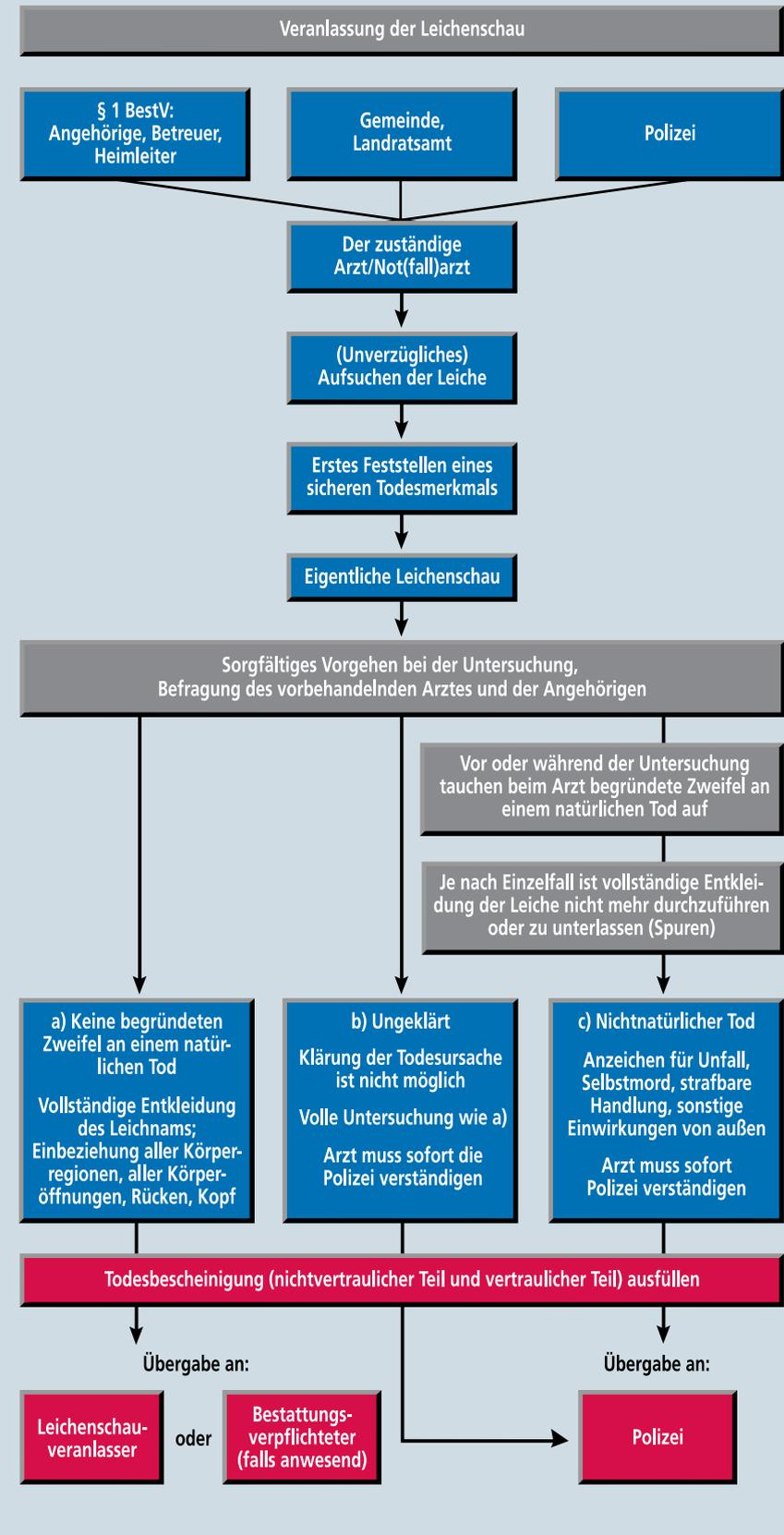
den Umständen des Todeseintritts, ist dies im Leichenschauschein entsprechend zu vermerken. Bekannt gewordene Tötungsserien in Krankenhäusern und Altenheimen belegen, dass sich die Leichenschauer die Frage nach einer finalen Morbidität bei ihren Patienten nicht gestellt haben (zum Beispiel Tötungsserie einer ambulanten Altenpflegerin, die ihre Pfleglinge im Lebensalter über 80 Jahren mit Truxal tötete; bei allen Patienten wurde natürlicher Tod bescheinigt). Des Weiteren wurden Tötungsserien in Krankenhäusern durch Luftembolie beziehungsweise Clonidin bekannt. Auch hier gab es Bescheinigungen eines natürlichen Todes (11).

Qualifikation der Todesart

Eine Legaldefinition der Begriffe natürlicher Tod beziehungsweise nicht-natürlicher Tod existiert nicht, obwohl die Frage nach der Todesart bei jeder Leichenschau zu beantworten ist. „Natürlich“ ist ein Tod aus krankhafter Ursache, der völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen äußeren Faktoren eingetreten ist.

Entsprechend ordnungsbehördlicher Verordnungen über das Leichenwesen einiger Bundesländer hat der Arzt bei der Leichenschau festzustellen, ob der Tote eines natürlichen Todes infolge einer bestimmt zu bezeichnenden Krankheit gestorben und wegen dieser Krankheit von einem Arzt behandelt worden ist, oder ob Anzeichen einer gewaltsamen Todesart vorliegen. Entsprechend dieser Regelung kommt eine natürliche Todesart lediglich für Fälle in Betracht, in denen der Verstorbene an einer bestimmt zu bezeichnenden Krankheit gelitten hat, wegen dieser Krankheit von einem Arzt behandelt worden ist und an dieser Krankheit gestorben ist, was sich aus der Schwere des zugrunde liegenden Krankheitsbildes und den Umständen des Todeseintritts ergeben müsste. Anamnestisch muss also ein schweres Krankheitsbild klinisch diagnostiziert worden sein, die Prognose quoad vitam muss schlecht gewesen sein, Art und Umstände des Todes müssten mit Anamnese und Prognose kompatibel sein.

Grafik



Ablaufschema zur Durchführung der Leichenschau

„Nichtnatürlich“ ist demgegenüber ein Todesfall, der auf ein von außen verursachtes, ausgelöstes oder beeinflusstes Geschehen zurückzuführen ist, unabhängig davon, ob dieses selbst- oder fremdverschuldet ist.

Nichtnatürliche Todesfälle sind daher:

- Gewalteinwirkungen, Unfälle, Tötungsdelikte,
- Vergiftungen,
- Suizide,
- Behandlungsfehler,
- tödlich verlaufende Folgezustände der ersten vier genannten Punkte.

Dabei gibt es kein zeitliches Intervall, das die Kausalität zwischen einem am Anfang der zum Tode führenden Kausalkette stehenden äußeren Ereignis und dem Todeseintritt unterbricht. Der Tod an Pneumonie vier Jahre nach einem während eines Narkosefehlers erlittenen hypoxischen Hirnschaden mit anschließendem apallischen Syndrom ist ebenso selbstverständlich ein nichtnatürlicher Tod wie der Tod an einer Lungenembolie drei Wochen nach einem Verkehrsunfall mit Unterschenkelfraktur, da jeweils am Anfang der zum Tode führenden Kausalkette ein von außen einwirkendes Ereignis steht.

In diesem Zusammenhang ist es außerordentlich bedenklich, dass nach einer Untersuchung von Berg und Ditt (1984) 6 Prozent der Klinikärzte regelmäßig – und nur – einen natürlichen Tod attestieren, 30 Prozent kreuzen auch bei Gewalteinwirkung, Vergiftung, Suizid oder ärztlichem Eingriff einen natürlichen Tod an. Eine solche Fehlattestierung der Todesart behindert nicht nur die Rechtspflege, sondern unter Umständen auch die Durchsetzung berechtigter zivilrechtlicher Ansprüche der Hinterbliebenen nach einem Unfalltod. Wird bei einem Tod einige Zeit nach einem Verkehrsunfall mit posttraumatischer Bettlägerigkeit der Kausalzusammenhang des Todeseintritts mit dem Unfall verkannt und der Todeseintritt fälschlich einem vermeintlich präexistenten Leiden zugeordnet, so wird den Angehörigen später unter Bezugnahme auf die Angaben im Leichenschauschein unter Umständen die Leistung aus einer Unfallversicherung versagt. Die Fehlklassifikationen der Todesart werden

auf etwa 20 Prozent geschätzt, valide epidemiologische Untersuchungen zur Dunkelziffer des nichtnatürlichen Todes fehlen jedoch vollständig und sind für die Bundesrepublik Deutschland bei Fehlen einer flächendeckenden gesetzlichen Regelung zur Durchführung von klinischen und Verwaltungsobduktionen auch nicht zu erwarten. Sachkenner haben an der Unterrepräsentation des nichtnatürlichen Todes in der amtlichen Todesursachenstatistik freilich keinen Zweifel. Die Dunkelziffer nicht erkannter nichtnatürlicher Todesfälle ist am größten bei Durchführung der Leichenschau in der Wohnung durch niedergelassene Ärzte. Typische Fehler sind Un-erfahrenheit, Sorglosigkeit und Bequemlichkeit des Arztes sowie falsch verstandene Rücksichtnahme auf Angehörige (9–13).

Bei Todesfällen im Krankenhaus ist die Dunkelziffer nichtnatürlicher Todesfälle geringer. Aber auch hier werden immer wieder Kausalzusammenhänge des Todeseintritts mit länger zurückliegenden, äußeren Einwirkungen verkannt.

Bleibt die Todesursache auch nach Befragen eines vorbehandelnden Arztes unklar, etwa weil keine finale Morbidität bekannt war, oder weil der Hausarzt den betroffenen Patienten seit längerer Zeit nicht mehr gesehen hat, sollte auch die Todesart als „ungeklärt“ qualifiziert werden. Damit würde auch in der Bundesrepublik Deutschland ein *Procedere* zum Tragen kommen, wie es etwa in England seit langem praktiziert wird. Dort müssen folgende Todesfallkategorien dem Coroner gemeldet werden:

- Der Verstorbene stand während der Krankheit zum Tode nicht in ärztlicher Behandlung.
- Der Verstorbene wurde nach Todeseintritt nicht ärztlich untersucht, ebenso nicht 14 Tage vor Todeseintritt.
- Todesursache unbekannt.
- Todesursache möglicherweise Berufskrankheit oder Vergiftung.
- Fraglicher nichtnatürlicher oder gewaltsamer Tod, Vernachlässigung, Abtreibung, verdächtige Umstände.
- Tod während der Operation oder vor Erwachen aus der Narkose.

Die Rubrik der unklaren Todesfälle beinhaltet zweifellos auch einen Großteil von Todesfällen aus innerer Ursache, die durch die Leichenschau jedoch nicht zweifelsfrei klassifizierbar sind. Wenn bei durch die Leichenschau nicht zu klärender Todesursache und dem Arzt unbekanntem Patienten völlig richtig die Todesart als „nicht geklärt“ qualifiziert wird, ist damit der Filterfunktion des Instruments Todesart genüge getan, da nun die Ermittlungsbehörden abzuklären haben, ob unter Umständen ein Fremdverschulden am Todeseintritt vorliegt oder nicht. Allerdings wird gerade bei derartigen Fallkonstellationen häufig über Beeinflussungsversuche von Polizeibeamten auf Attestierung eines natürlichen Todes berichtet. Notärzte und niedergelassene Ärzte, die im Wesentlichen Adressaten derartiger Beeinflussungsversuche sind, sollten diesen nicht nachgeben, sondern grundsätzlich nur das bekrunden, was sie besten Wissens und Gewissens bei der Leichenschau feststellen konnten (11, 18).

Verhalten bei fraglich iatrogenen Todesfällen

Todesfälle im Zusammenhang mit ärztlichen Maßnahmen, insbesondere fraglich iatrogene Todesfälle, stellen regelmäßig – so die Erfahrung der Autoren – ein die behandelnden Kollegen sehr belastendes Ereignis dar. Gemeint sind in diesem Zusammenhang nicht die intraoperativen Todesfälle schwer kranker und polytraumatisierter Patienten, die bei sachgerecht durchgeführtem Eingriff ihrem Grundleiden beziehungsweise ihren Verletzungen erliegen, sondern Todesfälle von Patienten mit zum Zeitpunkt des Todes *quo ad vitam* nicht unbedingt besorgniserregender Prognose oder gar Todesfälle von weitgehend gesunden Patienten. Oft ist in diesen Fällen den behandelnden Kollegen die Todesursache unklar beziehungsweise die zum Tode beitragenden Geschehensabläufe können im Einzelnen nicht überblickt werden. In diesen Fällen empfiehlt sich eine Qualifikation der Todesart als unklar und Meldung des Falles an die Ermittlungsbehörden, auch wenn der behandelnde Arzt sich dadurch selbst unter Umständen strafrechtlichen Ermittlungen aussetzt. Zwar gilt im deut-

sehen Rechtssystem allgemein der Grundsatz, dass sich niemand selbst strafrechtlichen Ermittlungen aussetzen braucht, doch gilt gleichzeitig für den leichenschauenden Arzt – und hier kann Identität zu dem einen iatrogenen Zwischenfall auslösenden Arzt gegeben sein – dass er seine Feststellungen bei der Leichenschau sorgfältig und nach bestem Wissen zu machen hat. Es kann also eine echte Interessenskollision zwischen ordnungsgemäß durchzuführender Leichenschau einerseits und der dadurch ausgelösten Gefahr, Gegenstand eines staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahrens andererseits zu werden, bestehen. Der in einem derartigen Interessenskonflikt stehende Arzt kann etwa einen Kollegen bitten, nach Information über die Todesumstände die Leichenschau durchzuführen. In Krankenhäusern sollte per Dienstanweisung geregelt sein, dass in derartigen Fällen nicht der betroffene Arzt selbst die Leichenschau durchführt. Von einer Qualifikation der Todesart als natürlich mit der Zielsetzung sich „Ärger zu ersparen“, ist abzuraten, da – sollten später Verdachtsmomente gegen den Arzt laut werden und der Todesfall zu behördlicher Kenntnis gelangen – der Arzt sich dem Argwohn ausgesetzt sieht, einen möglichen Behandlungsfehler vertuschen zu wollen. In derartigen Fällen dient gerade die Durchführung einer gerichtlichen Obduktion auch den Interessen des Arztes, da durch die Obduktion Grundleiden und Todesursache objektiv abgeklärt werden und erst auf dieser Grundlage zur Frage eines Behandlungsfehlers und der Kausalität eines Behandlungsfehlers zum Todeseintritt Stellung genommen werden kann. Ein Ablaufschema zur Durchführung der Leichenschau gibt die *Grafik*.

Fazit

Die Leichenschau ist eine außerordentlich verantwortungsvolle ärztliche Aufgabe, mit der der Arzt die letzten Diagnosen für seinen ihm oftmals über Jahre bekannten Patienten stellen muss. Bei den etwa 850 000 Todesfällen pro Jahr in der Bundesrepublik Deutschland und dem bei der Leichenschau zu bewältigenden Aufgabenkanon ist zunächst der behan-

delnde Arzt der kompetenteste für ihre Durchführung, da seine Kenntnisse zur Anamnese, Symptomatik und Umständen des Todeseintritts von einem anderen Arzt, der den Patienten nicht kannte, jeweils erfragt werden müssten. Würde in allen Todesfällen die Leichenschau – wie von Kriminalisten und Staatsanwälten gefordert – einem amtlichen Leichenschauer übertragen, kann man sich die Szenen ausmalen, die entstehen, wenn der amtliche Leichenbeschauer vom behandelnden Kollegen in Klinik und Praxis Aufschluss über Anamnese und Behandlung verlangt.

Andererseits sollte es bei objektiver Überforderung des Leichenbeschauers die Möglichkeit geben, nach sicherer Feststellung des Todes durch einen kompetenten Arzt eine adäquate Leichenschau durchführen zu lassen. Derartige flexible Lösungsmöglichkeiten haben sich inzwischen für Stadtstaaten wie Bremen und Hamburg bewährt, sie wären jedoch auch für Flächenstaaten anzustreben. Während bei der Behandlung eines lebenden Patienten ein Arzt wegen eines Übernahmeverschuldens in Haftung genommen werden kann, wenn er eine Behandlung, zu der er nicht qualifiziert ist, übernimmt, wird von jedem Arzt erwartet, dass er auch in schwierigen Fällen befähigt ist, eine Leichenschau ordnungsgemäß durchzuführen. Dabei beschränkt sich die Ausbildung zur ordnungsgemäßen Durchführung einer Leichenschau in der Regel auf den Leichenschaukurs während des Studiums. Danach gibt es keine strukturierte Ausbildung zur Durchführung einer ärztlichen Leichenschau; dies ist in Zukunft unbedingt zu ändern, um die Sicherheit bei der Durchführung der Leichenschau zu erhöhen.

Manuskript eingereicht: 26. 6. 2003, revidierte Fassung angenommen: 24. 7. 2003

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2003; 100: A 3161–3179 [Heft 48]

Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das bei den Verfassern erhältlich oder im Internet unter www.aerzteblatt.de/lit4803 abrufbar ist.

Anschrift für die Verfasser:
Prof. Dr. med. Burkhard Madea
Institut für Rechtsmedizin
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
Stiftsplatz 12, 53111 Bonn
E-Mail: B-Madea@uni-bonn.de

Infektionskrankheiten Kontagium

Zitat: „Ich werde jetzt die Gründe anführen, welche beweisen, daß die Materie der Kontagien nicht nur eine organische, sondern auch eine belebte, und zwar mit individuellem Leben begabte ist, die zu dem kranken Körper im Verhältnisse eines parasitischen Organismus steht. Dem Prinzip nach stimmt diese Ansicht überein mit der alten Theorie vom *Contagium animatum*, die oft bekämpft, und in verfeinerter Form immer wieder neu aufgetreten ist, denn in der Tat mussten die Erscheinungen im Verlaufe der kontagiösen Krankheiten zu allem Zeiten auf dieselben führen. Dagegen will ich mich verwahren gegen eine scheinbare Übereinstimmung, welche, oberflächlich betrachtet, die Lehre von dem Leben des Kontagiums mit einer pathologischen Theorie zeigen möchte, die als Residuum der Naturphilosophie in Deutschland noch viele Anhänger, und unter denselben Männern von großem wissenschaftlichem Einfluß zählt. Nicht das Kontagium, sondern die Krankheit wird von dieser Schule als ein parasitischer Organismus oder zweideutiger noch, als ein parasitischer Lebensprozeß betrachtet. Das Kontagium ist der Keim oder Same dieses parasitischen Wesens mit geborgtem Körper, durch welchen dasselbe sich fortpflanzt. [...]

Die Krankheiten gleichen einander, weil die Ursachen derselben einander gleichen. Das Kontagium in unserm Sinne ist also nicht der Keim oder Same der Krankheit, sondern der Krankheitsursache [...]. Nicht der Same der Krankheit, sondern der Krankheitsursache wird geimpft.“

Jakob Henle: Von den Miasmen und Kontagien und von den miasmatisch-kontagiösen Krankheiten (1840). In: *Klassiker der Medizin*; Bd. 3. Leipzig, 1910; S. 25 f. – Der Anatom und Physiologe Henle (1809–1885), ein Schüler von Johannes Müller, nahm mit dieser Schrift die Prinzipien der späteren Bakteriologie vorweg.