



AWMF-Leitlinien-Register

Nr. 054/002

Entwicklungsstufe:

1

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin

Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau

In der Bundesrepublik Deutschland ist das Leichenschauwesen durch landesrechtliche Bestimmungen in speziellen Gesetzen über das Leichen-, Friedhofs- und Bestattungswesen oder in entsprechenden Verordnungen geregelt. Die Leichenschau ist eine ärztliche Aufgabe. Mit den Bestimmungen zur Leichenschau verfolgt der Gesetzgeber eine Reihe von Zielen, denen persönlichkeitsrechtliche, straf- und zivilrechtliche, soziale und gesundheitspolitische Bedeutung zukommt; Stichworte sind:

- Sichere Todesfeststellung zur Vermeidung von Scheintodesfällen; in speziellen Fällen auch als Voraussetzung einer Organexplantation
- Bekämpfung übertragbarer Erkrankungen (Meldepflicht bei Tod durch Infektionskrankheiten entsprechend Infektionsschutzgesetz)
- Gewinnung von Daten zur Todesursachenstatistik und über wichtige Erkrankungen, als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen
- Rechtsinteressen, z. B. Erkennung fremdverschuldeter Todesfälle
- Wahrnehmung mutmaßlicher Interessen des Verstorbenen

Nach den Gesetzen bzw. Verordnungen aller Bundesländer muss bei jedem Todesfall eine Leichenschau durch einen Arzt durchgeführt und darüber eine ärztliche Bescheinigung (Todesbescheinigung, Leichenschauschein oder Totenschein = Synonyma) ausgestellt werden.

Als menschliche Leiche gilt der Körper eines Verstorbenen, solange der gewerbliche Zusammenhang infolge Fäulnis noch nicht aufgehoben ist (Skelette oder Skeletteile gelten nicht mehr als Leichnam). Als Leichnam gilt ferner jedes Lebendgeborene unabhängig vom Geburtsgewicht, wenn nach der Trennung vom Mutterleib mindestens eines der Lebenszeichen vorgelegen hat: Herzschlag, Pulsieren der Nabelschnur, natürliche Lungenatmung. Eine Totgeburt liegt dann vor, wenn das Neugeborene nach der Trennung vom Mutterleib keines der Lebenszeichen, jedoch ein Gewicht von mindestens 500g aufweist. Unter dieser Voraussetzung gilt auch ein Totgeborenes rechtlich als Leiche, woraus sich die Pflicht zur Durchführung der Leichenschau ergibt. Liegt keines der Lebenszeichen vor und beträgt das Körpergewicht weniger als 500g besteht eine Fehlgeburt. Eine Verpflichtung zur Durchführung einer Leichenschau besteht dann nicht.

Die Regelungen der Länder verpflichten den Leichenschauarzt zu folgenden Feststellungen:

- Personalien
- Tod

- Todeszeitpunkt
- Todesart
- Todesursache

1. Wer darf die Leichenschau durchführen?

- o jeder approbierte Arzt*

*Statt "Arzt" gilt hier und nachfolgend gleichwertig immer auch "Ärztin"

2. Wer muss die Leichenschau durchführen?

- o in den Bundesländern unterschiedlich geregelt
- o im Allgemeinen jeder Arzt auf Verlangen
- o wenn kein anderer Arzt: Ärzte der unteren Gesundheitsbehörde
- o bevorzugt genannt: niedergelassene Ärzte, behandelnde Ärzte, Krankenhausärzte, Ärzte im Notfallbereitschaftsdienst

In einigen Bundesländern (Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt regional unterschiedlich, Schleswig-Holstein) sind Ärzte im Rettungsdienst einsatz von ihrer Verpflichtung zur Durchführung der vollständigen Leichenschau befreit. Ihre Pflicht beschränkt sich auf die Feststellung der Personalien, des Todes, der Todeszeit und des Sterbeortes sowie eine Dokumentation in einer "Todesbescheinigung ohne Ursachenfeststellung" bzw. in einer "vorläufigen Todesbescheinigung".

3. Wann muss die Leichenschau durchgeführt werden?

In der überwiegenden Anzahl der landesrechtlichen Bestimmungen hat die ärztliche Leichenschau "unverzüglich" stattzufinden (nach juristischem Sprachgebrauch bedeutet das "ohne schuldhaftes Zögern", d. h. nur dringende nicht aufschiebbare Maßnahmen dürfen noch durchgeführt werden). In einigen Ländern werden aber Fristen genannt, innerhalb derer die Leichenschau zu erfolgen hat. Das macht jedoch keinen Sinn, wenn man sich vergegenwärtigt, dass die erste und wichtigste Aufgabe bei der ärztlichen Leichenschau die sichere Feststellung des eingetretenen Todes ist. Bis zur sicheren Feststellung des Todes, muss der Arzt helfen, will er sich nicht der Gefahr aussetzen, wegen unterlassener Hilfeleistung strafrechtlich belangt zu werden. Bundesrecht bricht Landesrecht, so dass entsprechende Regelungen wertlos sind. Der Arzt sollte sich deshalb auf schnellstem Wege nach Erhalt der Anzeige über einen vermutlichen Todesfall zur Leichenschau begeben, denn nur er kann die Differentialdiagnosen *lebend* oder *tot* stellen und über eine ggf. erforderliche Reanimation entscheiden. Kann ein Arzt aus zwingenden Gründen, insbesondere zum Schutz eines höherwertigen Gutes (Pflichtenkollision) nicht oder nicht unverzüglich die Leichenschau vornehmen, so sollte er einen in der Nähe befindlichen Arzt oder den Notarzt alarmieren. Er muss sicher sein, dass dieser die Aufgabe übernimmt.

4. Wie muss die Leichenschau durchgeführt werden?

Die Leichenschau und die Ausstellung der Todesbescheinigung haben mit großer Sorgfalt zu erfolgen. Hierfür gelten dieselben Sorgfaltspflichten wie bei lebenden Patienten. Die Leichenschau ist ein "Akt hoher ärztlicher Verantwortung"; denn mit der Ausstellung der Todesbescheinigung werden die Weichen gestellt, ob die Leiche ohne weitere Kontrolle bestattet wird oder ob weitere Ermittlungen im Hinblick auf einen nichtnatürlichen Tod erforderlich sind. Kontrollen: Der Amtsarzt der Gesundheitsbehörde hat bei jedem Leichenschauschein die Pflicht zur Überprüfung des Scheines auf Plausibilität. – Darüber hinaus erfolgt eine zweite Leichenschau vor beabsichtigter Kremation (Ausnahme Bayern). Bei dieser erfolgt ebenfalls eine Plausibilitätskontrolle im Verhältnis zur ersten Leichenschau. - Eine weitere Kontrollfunktion haben Obduktionen; sowohl klinisch-pathologische Obduktionen als auch gerichtliche Obduktionen. - Schließlich gibt es das Instrument einer gerichtlichen Leichenschau (§ 87 Abs. 1 StPO). Den letzteren Fallgruppen ist eine geringe Häufigkeit gemeinsam.

4.1. Feststellung des Todes

Der Arzt muss sich bei ausreichender Beleuchtung Gewissheit über den Eintritt des Todes verschaffen. In der Regel ist die Entkleidung des Leichnams unabdingbar. In der Praxis fußt die Todesfeststellung auf dem Nachweis mindestens eines sicheren Todeszeichens:

- o Totenflecke
- o Totenstarre
- o Fäulnis
- o Verletzungen (bzw. Zerstörungen), die mit dem Leben unvereinbar sind.

Eine mehrstündige Wartezeit zwischen mutmaßlichem Todeseintritt und Leichenschau ist mit den Leichenschaugesetzen der meisten Länder nicht vereinbar. Die Leichenschau hat „unverzüglich“ nach Benachrichtigung zu erfolgen. Eine Wiederholung der Untersuchung ist nicht notwendig. Ausnahmen bestehen in Hamburg beim Tod außerhalb von „Krankenhäusern und anderen Einrichtungen“ (Leichenschau innerhalb von sechs Stunden nach Benachrichtigung des Arztes) und in Bremen (bei begründeter Verhinderung des Arztes innerhalb von sechs Stunden).

In der Phase der ersten 20 bis 30 Minuten nach Herzstillstand - also vor Ausbildung der ersten sicheren Todeszeichen - kann die Feststellung des Todes schwierig sein. Gleiches gilt beim Vorliegen einer Vita minima (Ursachen: Unterkühlungen, Elektrounfälle, metabolische Komata, Vergiftungen, hypoxische Hirnschädigungen u.a.). In solchen Fällen - also minimale Lebenszeichen und gleichzeitiges Fehlen sicherer Todeszeichen - ist größte Vorsicht geboten. Empfohlene Vorgehensweise: Reanimation einleiten und Krankenhauseinweisung.

Wann kann der Tod unter Reanimationsbedingungen festgestellt werden?

Als Kriterium für eine erfolglose Reanimation gilt das Scheitern der Wiederbelebung des Herzens. Die Herz-Lungen-Wiederbelebung kann im allgemeinen dann abgebrochen werden, wenn nach 20 Minuten kein Erfolg (keine Spontanatmung, keine spontane Herztätigkeit) erkennbar ist und die Irreversibilität des Kreislaufstillstandes durch ein Null-Linien-EKG über einen längeren Zeitraum belegt ist (Empfehlungen der Bundesärztekammer in: Reanimation - Empfehlungen für die Wiederbelebung. 4. überarbeitete Auflage, Deutscher Ärzteverlag Köln, 2007). In manchen Fällen sind, insbesondere bei klinischer Effektivität der Maßnahmen, Verlängerungen der Reanimationszeit angezeigt.

Ausnahmen gelten ferner bei Verdacht auf:

- o allgemeine Unterkühlung
- o Intoxikation
- o Beinahe-Ertrinken

In diesen Fällen sind ggf. auch längerdauernde Reanimationsmaßnahmen erforderlich. Selbstverständlich ist die Reanimation bei Vorliegen eines sicheren Todeszeichens einzustellen (Totenflecke).

4.2. Feststellung der Todeszeit

Für den mit der Leichenschau befassten praktisch tätigen Arzt sind zur Todeszeitschätzung geeignet:

- o frühe Leichenerscheinungen (Totenflecke, Totenstarre, Abkühlung)
 - o späte Leichenerscheinungen (Fäulnis, Verwesung, konservierende Leichenveränderungen)
 - o Prüfung supravitaler Reaktionen
- aber auch im speziellen Fall:
- zuverlässige Zeugenaussagen (z. B. bei tödlichen Unglücksfällen)
 - medizinische Befunde (z. B. EKG/Monitoring)

in besonderen Fällen auch - in Verbindung mit Leichenbefunden (!) - kriminalistische Ermittlungsergebnisse (zuletzt lebend gesehen, Zeitungen im Briefkasten, Zustand von Speiseresten, letztes Telefonat u.a.).

Bei den Angaben zur Todeszeit ist Zurückhaltung geboten, eine zu weitgehende Eingrenzung des Todeszeitintervalls allein anhand der Leichenerscheinungen ist zu vermeiden; bei entsprechenden Eintragungen zur Sterbezeit sind relativierende Zusätze wie "etwa" oder "ungefähr" oder die Angabe eines Zeitbereiches zu empfehlen. Eine unkritische Übernahme der Angaben Dritter ist zu vermeiden, sie sind durch eigene Untersuchungen zu überprüfen. Zur groben Orientierung gilt:

Totenflecke

Beginn	15 - 30 min p. m.
Konfluktion	ca. 1 - 2 h p. m.
volle Ausbildung	ca. 6 - 8 h p. m.
Wegdrückbarkeit	
vollständig auf Daumendruck	bis ca. 20 h p. m.
unvollständig auf scharfkantigen Druck (Pinzette)	bis ca. 36 h p. m.
Umlagerbarkeit	etwa 6 - 12 h p. m.
vollständig	bis 6 h p. m.

Totenstarre

Beginn (Kiefergelenk)	2 - 4 h p. m.
vollständige Ausprägung	ca. 6 - 8 h p. m. (in Einzelfällen bis 19 Stunden)
Wiedereintritt nach Brechen	bis ca. 8 h p. m. (in Einzelfällen bis 19 Stunden)
Lösung	stark abhängig von Umgebungstemperatur (Lösungsbeginn: nach 2 - 4 Tagen und später)

Mechanische Erregbarkeit der Skelettmuskulatur

fortgeleitete Kontraktion (sog. Zsako-Muskelphänomen)	bis 1,5 - 2,5 h p. m.
lokale Kontraktion (idiomuskulärer Wulst)	bis 8 h - (extrem selten bis 12 h) p. m.

Um den Ausbildungsgrad der Totenstarre beurteilen zu können, ist sie nicht nur in einem, sondern in kleinen und großen Gelenken (Kiefer-, Finger-, Ellenbogen-, Kniegelenk) zu prüfen.

Das Zsako-Muskelphänomen kann durch Anschlagen mit dem Perkussionshammer im Bereich der Mm. interossei über dem Handrücken geprüft werden. Es kommt zur Fingeradduktion. An der vorderen Oberschenkelmuskulatur bewirkt das Anschlagen im unteren Drittel ein Hochziehen der Kniescheibe und an der Muskulatur zwischen den Schulterblättern verursacht es eine Annäherung der Schulterblätter.

Die idiomuskuläre Wulstbildung wird bevorzugt durch kräftiges Anschlagen des M. biceps brachii geprüft. Bei stärkerer Ausprägung des subkutanen Fettgewebes ist der Wulst kaum sichtbar, man kann ihn aber tasten.

Messung der sog. Körperkerntemperatur (tiefe Rektaltemperatur). Falls dies korrekt geschieht, handelt es sich um die beste Grundlage der Todeszeitbestimmung.

Gefordert werden muss allerdings die Verwendung eines Glas- oder elektronischen Thermometers mit einem besonders langen Messansatz, da es mindestens 8 cm tief in das Rektum eingeführt werden muss. Ein Fieberthermometer ist grundsätzlich nicht geeignet. Zwingend notwendig ist die gleichzeitige Messung der Umgebungstemperatur am Leichenfundort. Für beide Messungen ist die Uhrzeit zu dokumentieren. Geeichte Thermometer sind zu verwenden. Die Messung der Rektaltemperatur hat nicht nur einen großen Wert für die Bestimmung der Todeszeit, sondern hat auch große Bedeutung für die Erkennung von fieberhaften Erkrankungen.

Weitere Methoden zur Todeszeitbestimmung setzen fachärztlich-rechtsmedizinisches Wissen, Erfahrung und spezielles Instrumentarium voraus; sie sollten dem Fachmann überlassen werden.

4.3. Technik der Leichenuntersuchung

In der Praxis sind die Feststellung von Todesart und Todesursache nicht voneinander zu trennen.

Wichtig ist ein systematisches Vorgehen bei der ärztlichen Leichenschau (-untersuchung). Nur so ist ein Übersehen von diffizilen aber äußerst bedeutsamen Befunden zu vermeiden.

Entkleidung

- o Die Leiche ist zu entkleiden, Vorder- und Rückseite einschließlich der Körperöffnungen sind zu inspizieren. Verbände und Pflaster sind zu entfernen .
- o In bestimmten Fällen soll der Arzt von der (vollständigen) Entkleidung absehen.
 - Von vornherein besteht Verdacht auf Tötungsdelikt.
 - Aus den Befunden an der bekleideten Leiche - z. B. Bindehautblutungen, z. B. Blutentleerungen aus dem Ohr - entsteht Verdacht auf einen nichtnatürlichen Tod.
 - Aus der Auffindesituation oder den äußeren Umständen - Verkehrsunfall, Wasserleiche, Betriebsunfall - entsteht Verdacht auf nichtnatürlichen Tod.
 - Nach teilweiser Entkleidung entsteht Verdacht auf nichtnatürlichen Tod.
 - Aus technischen Gründen oder aufgrund der äußeren Umstände (Auffindung der Leiche in der Öffentlichkeit) oder wegen erheblicher Fäulnis ist dies nicht möglich.

In den vorgenannten Fällen hat aber immer die sichere Feststellung des Todes die Priorität. Hierzu sind Teilentkleidungen ggf. trotz möglicher Spurenveränderungen erforderlich. Sieht der Arzt von der Entkleidung ab, so hat er dies auf dem Totenschein zu vermerken, damit nicht der Eindruck der sorgfältigen Leichenschau vorgetäuscht wird (z. B. Streichung des Wörtchens sorgfältig, Fußnote hierzu).

4.3.1. Untersuchung des Leichnams

Allgemein: Eine ausreichende Untersuchung des Leichnams setzt immer eine ausreichende Beleuchtung voraus. Bei künstlicher Beleuchtung (falls kein Tageslichtspektrum) sind verschiedene Rottöne nur schwer unterscheidbar (z. B. Leichenflecke). Insbesondere bestimmte Vergiftungen sind dann nicht erkennbar, ggf. muss der Arzt eine zweite Leichenschau bei Tageslicht durchführen. Vor der speziellen Untersuchung sind einige allgemeine Merkmale zu registrieren: Ernährungszustand, Statur, auffällige Hautverfärbungen (z.B. Ikterus), Vernachlässigungszeichen, Austrocknungszeichen etc. - Hiernach erfolgt Untersuchung auf spezielle Merkmale:

Totenflecke:

Wichtige Merkmale sind:

- o Vorhandensein – normale Intensität; Fehlen/spärliche Ausprägung, z. B. bei Blutverlust
- o Phase der Zunahme/der maximalen Intensität, z. B. Todeszeit
- o Farben: blau-violett, z.B. Myokardinfarkt; kirschrot-homogen oder kirschrot-inhomogen, z. B. CO-Intoxikation versus Kälte-Oxygenation; grau-braun, z. B. Met-Hb
- o Topologie im Verhältnis zur Lage der Leiche, Rückschluss z. B. auf postmortale Lageveränderung
- o Verlagerbarkeit/Wegdrückbarkeit, Rückschluss z. B. auf Todeszeit
- o Musterabdrücke, z. B. Textilgewebe, Unterlage, Tascheninhalte

Totenstarre:

- o Vorhandensein Kiefergelenk, Hals, Ellenbogen, Knie, Fingergelenke prüfen, z. B. Verteilungstypus
- o Fehlen, visköser Widerstand, kräftige Totenstarre, z. B. Todeszeit
- o Wiedereintritt nach Brechen oder Nicht-Wiedereintritt, z. B. Todeszeit
- o gelöst - zeitlich "im Rahmen" anderer Leichenerscheinungen

Fäulnis:

- o Farbfäulnis: grün, grau-braun, dunkelgrau oder: zirkumskript, flächenhaft, netzförmig oder: Kombinationsmuster.
- o Gasdunsung: Gesicht, Brüste, Skrotum, Penis, Abdomen, Knistern, Unterhautfett
- o Ablösbarkeit von Oberhaut, Haaren, Nägeln
- o Blasenbildung Haut, Flüssigkeitsentleerung Mund/Nase

Fäulnisveränderungen erlauben eine Einschätzung der Todeszeit, allerdings mit wesentlich größerer Variationsbreite als zuvor. In schwierigen oder wichtigen Fällen sollte die Leichenschau unbedingt dem Fachmann (Rechtsmediziner) überlassen werden. Problematisch ist auch die Attestierung eines natürlichen Todes bei Fäulnis; denn einige der vorgenannten Veränderungen können auch auf andere äußere Einflüsse wie thermische Energie, chemische Einwirkungen usw. zurückzuführen sein, insbesondere werden aber durch Fäulnisprozesse Spuren äußerer Gewalt überdeckt oder gelöscht.

Leichenfauna:

- o Sehr früh kann es zu Eiablage durch Insekten kommen, später folgen Fliegenlarven, Verpuppung, leere Puppenhüllen - auch kann es - außerhalb und innerhalb von Gebäuden - zu vielfältigen Defekten/Veränderungen durch andere Tiere kommen: Ameisen mit Ätzspuren; Nager, Hunde, Katzen, Füchse, Vögel usw. Einbeziehung eines Fachmannes (Rechtsmediziner) und Durchführung der Leichenschau durch diesen ist ggfls. anzustreben. Ankreuzung einer natürlichen Todesart kommt hier in der Regel nicht in Betracht. Besondere lokale Häufung von Fliegenlarven vermerken, hier können eventuell Verletzungen vorhanden sein (z.B. Hals, Handgelenke).

Vertrocknung:

- o Topologie der "natürlichen" Vertrocknung: Corneae, Augäpfel, perioral, nasal, Ohrmuscheln, Finger; z. B. Exposition im Verhältnis zur Topologie

Schürfung als Ursache nicht-natürlicher Vertrocknung:

- o Topologie, Schürfrichtung, Farbe (rot-braun/gelb), Konsistenz; z. B. Mechanismus (Sturz/fremde Hand)

Untersuchung der Körperteile**Kopf:**

- o zunächst globale Prüfung von Hirnschädel und Gesichtsschädel
- o Deformität (?), atypischer Klopfeschall (?), Knochenreiben (?)
- o Schwellungen, Hämatome, Wunden
- o Lokalisationen und Verteilungsmuster der Läsionen (versteckte Lokalisationen: Kopfhaut, Mundvorraum, retroaurikulär), z. B. sturzexponierte/nicht-sturzexponierte Topologie. Beachtung der Hutkrempe-Regel.
- o Geruch aus Mund/Nase (nach Brustkorbbkompression), z. B. aromatisch, stechend, nach Bittermandeln.
- o Flüssigkeitsentleerungen aus Mund/Nase, angetrocknetes Blut in der Nase, Blutentleerungen aus Ohren. Mageninhalt in Mundhöhle, z. B. Schädel-Hirn-Trauma; Kaffeesatzentleerung, Auffindung von Tablettenresten im Erbrochenen; Abrinnsuren mit Hautverätzung. Fremdmaterial in der Mundhöhle (Knebel etc.).
- o Schaumpilz vor Mund/Nase, z. B. Lungenödem, Ertrinken, Intoxikation, Ersticken.
- o Vertikale Speichelabrinnsuren bei vitalem Erhängen.
- o Punktförmige Blutungen: Augenbindehäute (Bulbus/Lider), Augenlidhäute, Gesichtshaut, Mundschleimhaut, retroaurikulär; auch bei nur einer Lokalisation: Verdachtsdiagnose Ersticken.
- o atypische Pupillenweite (eng, weit) und/oder Seitenungleichheit: z. B. diverse Vergiftungen, z. B. Schädel-Hirn-Trauma.

Hals:

Form des Halses, abnorme Beweglichkeit (?), Verletzungen mit Lokalisationen und Verlauf. Insbesondere: Punktförmige Halshautblutungen, Abschürfungen, Kratzer, Hämatome, Strangmarken (mit Beschreibung des Verlaufs und der Form), atypische Strangmarken, doppelte Strangmarken, Strangmarke in Kombination mit weiteren Befunden.

Bei *Hängesituation*: Strangmarke im Verhältnis zu Kopf-/Gesichts-/Körperbefunden, z. B. DD zur postmortalen Aufhängung bzw. zur Aufhängung durch fremde Hand. Totenflecken bei Hängesituation, z. B. p. m. Hypostase oberhalb der Strangmarke, auch Rötung ober- und unterhalb der Strangmarke bei vitalem Erhängen.

Brustkorb:

Form, Deformität, Asymmetrie, falsche Beweglichkeit der Wand, der Brüste, Narben, Verletzungen (Schürfung, Hämatome, Wunden); ggf. Hautemphysem.

Bauch:

Form, Narben, Behaarungstyp, beweglicher Beckenring (?), Befunde in Verbindung mit anderen Läsionen.

Genitale/After:

Verletzungszeichen, Blutentleerung.

Extremitäten:

Narben, Tätowierungen, falsche Beweglichkeit, Narbenstraßen, Injektionsstellen, Narben an der Handgelenksbeuge (z. B. Suizidversuch), Verletzungen einschließlich Hämatome und Schürfungen. An den Handbeugen und Fingerbeugen besonders wichtig: Strommarken (weiß-graue warzenähnliche Erhabenheiten mit zentralem Punkt). Waschhaut an Händen und/oder Füßen.

4.3.2. Zu beachten sind fernerhin:

- o Wahrnehmungen am Leichenfundort
 - Auffindung im geschlossenen Raum (Fenster und Türen geschlossen oder geöffnet, Verschlussverhältnisse) oder im Freien (Abdeckung der Leiche, Untergrundbeschaffenheit).
 - Raum- bzw. Außentemperaturen, Witterungsverhältnisse
 - Lage der Leiche und Stellung der Gliedmaßen
- o Wahrnehmungen im Leichenumfeld
 - Hinweise auf Konsum von Alkohol, Drogen, Medikamenten (Flaschen, Gläser, Fixerutensilien, Medikamentenverpackungen)
 - Hinweise auf Erkrankungen (Rezepte, Medikamente, Krankenschein)
 - Zustand der Wohnung (wie z. B. verwahrlost, geordnet, beheizt, unbeheizt)
 - Hinweise auf Suizid (z. B. Abschiedsbriefe, zurechtgelegte Urkunden für den Sterbefall: Testament, Bestattungsvertrag, Türen und Fenster von innen verschlossen, geordneter Leichenfundort). (Cave: Vermeide den vorgefassten Schluss. Hinweise auf Suizid können künstlich gelegt sein, gleiches gilt für Hinweise auf Drogeneinnahme etc.)
 - Hinweise auf Kampfspuren, Beschädigungen an Türen oder Fenstern.
- o Lage der Leiche und Zustand der Bekleidung
 - Bekleidung geordnet, ungeordnet, beschädigt, verschmutzt, Antragungen, Schleifspuren (besonders an Schuhen).
 - Auffällige Lage des Leichnams (z. B. abgespreizte Beine)
Ein Vergleich der bei der Untersuchung des Leichnams erhobenen Befunde mit der Auffindungssituation ist anzuraten.

4.3.3. Anamnestiche Informationen zur Todesursache:

- o Angaben von Angehörigen, Pflegepersonen oder Nachbarn und anderen Zeugen zur Vorgeschichte (hier ist Vorsicht geboten, denn nicht immer entsprechen die Angaben zum Hergang den Tatsachen).
- o Auskunftspflicht des Hausarztes oder des zuletzt behandelnden Arztes über vorbestehende Krankheiten (Grundleiden). Behandelnde Ärzte sind zur Auskunftserteilung über eine mögliche Todesursache dem Leichenschauarzt gegenüber verpflichtet. *Todesursache*.

Neben der Todesursache muss eine Kausalkette angegeben werden, mit dem entsprechenden Grundleiden auf der Todesbescheinigung an dritter Stelle. Die Kausalkette lautet z. B.: Arteriosklerose. Koronararteriosklerose. Myokardinfarkt. Gelegentlich müssen auch viergliedrige Kausalketten angegeben werden.

Bei nichtnatürlichen Todesfällen (Unfälle, Vergiftungen, andere Gewalteinwirkungen etc.) sind Angaben zur Art der äußeren Ursache und zur Art der Verletzung bzw. Vergiftung zu machen, sofern möglich. Ist die Todesursache nicht zweifelsfrei feststellbar, so ist dies entsprechend zu formulieren - "unklar".

Mit der Formulierung der Kausalverläufe vom Grundleiden, über Folgezustände bis zur unmittelbaren Todesursache ist eine wesentliche Voraussetzung für die Entscheidung des Arztes zur Qualifizierung der Todesart als natürlich, nichtnatürlich bzw. ungeklärt geschaffen.

5. Feststellung der Todesart

Zur Todesart existieren in der Regel drei Rubriken:

- natürlicher Tod

- unklar, ob natürlicher oder nichtnatürlicher Tod
- nichtnatürlicher Tod

Ausnahmen: In Schleswig-Holstein existiert statt der Rubrik "nichtnatürlicher Tod" die Rubrik: Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod mit den Antwortmöglichkeiten ja oder nein. Es fehlt hier die Alternative "ungeklärt". In einigen Bundesländern wird ebenfalls nach Anhaltspunkten gefragt, allerdings mit erhaltener Antwortalternative "ungeklärt". In Niedersachsen ist die Frage zu beantworten: „Besteht ein Anhaltspunkt für einen natürlichen Tod, wenn ja, welcher? Ist die Todesart ungeklärt, wenn ja, warum?“

Grundlagen der Unterteilung der Todesart:

Natürlicher Tod: "Natürlicher Tod ist ein Tod aus krankhafter Ursache, der völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren eingetreten ist". Der Arzt ist zu dieser Qualifikation nur berechtigt, wenn er konkrete und dokumentierte Kenntnis hat von einer gravierenden, lebensbedrohenden Erkrankung mit ärztlicher Behandlung in großer Zeitnähe zum eingetretenen Tod. Der Tod zu diesem Zeitpunkt muss aus dem Krankheitsverlauf zu erwarten gewesen sein. Hinweise für ein nichtnatürliches Ereignis, welches die natürliche medizinische Kausalkette beeinflussen könnte, dürfen nicht vorhanden sein. - Verdachtsdiagnosen berechtigen nicht zu dieser Klassifikation. - Auch bei bekannter Herzanamnese mit KHK muss die Möglichkeit des nichtnatürlichen Tods verantwortungsvoll geprüft werden. Gleiches gilt für das Auffinden alter Menschen durch den Notarzt. Auch das Fehlen äußerer Verletzungen berechtigt nicht zu dem Umkehrschluss "natürlicher Tod". Gleiches gilt insbesondere bei der Kombination: Fehlen äußerer Verletzungen und alte bzw. sehr junge Menschen (Säuglinge). - Cave: Die bloße Möglichkeit eines Todes Eintritts zu diesem Zeitpunkt berechtigt keinesfalls zu entsprechender Klassifikation. Es bedarf einer hohen Plausibilität!

Nichtnatürlicher Tod oder Verdacht auf nichtnatürlichen Tod: Die Diagnose bedarf keiner hohen Evidenz, der Verdacht reicht bereits aus. Die Klassifikation erfolgt ohne Berücksichtigung anderer, rechtlich relevanter Ursachen und Begleitumstände, wie z. B.: eigene Hand oder fremde Hand, fremdes Verschulden oder eigenes Verschulden; entscheidend ist die naturwissenschaftliche Definition eines von außen einwirkenden Ereignisses. Somit handelt es sich um einen Sammelbegriff für: Selbsttötungen, Unfalldodesfälle, Tötungen durch fremde Hand, Todesfälle infolge ärztlicher Eingriffe. Auch müssen eventuell lange Kausalketten beachtet werden, wie z. B.

- Sturz mit Oberschenkelhalsfraktur - stationäre Behandlung - Tod durch Pneumonie nach 10 Tagen.
- Vor 2 Jahren Verkehrsunfall mit Schädel-Hirn-Trauma - jetzt Tod im epileptischen Anfall.

In Fällen wie vorstehend besteht im Vorfeld eine deutliche Plausibilität, dass das äußere Ereignis (über zwischengeschaltete Kausalketten) ursächlich für den Tod ist. Gleiches gilt für die Beachtung rechtlich bedeutsamer Faktoren wie z. B.:

- Einlieferung mit Ulkusblutung - Unterlassen von Sofortmaßnahmen - Tod durch Verblutung: ggf. Tod durch Unterlassen medizinischer Maßnahmen, daher trotz "innerer" Ursache (Ulkusblutung), ein nichtnatürlicher Tod.
- Tod durch AIDS - HIV-Infektion durch Partner, der von seiner Erkrankung wusste: ggf., falls vorsätzlich, Totschlag, daher kein natürlicher Tod.

Cave: Der Arzt irrt sich am häufigsten bei der Klassifikation der Todesart. Gelegentlich wird er dazu gedrängt, einen natürlichen Tod zu beurkunden. Dies darf er auf keinen Fall mit sich geschehen lassen. Er hat in jeder Situation das Recht und die Pflicht völlig unabhängig von äußeren Einflüssen zu einem Ergebnis zu gelangen. Erörterungen über Schuld oder Nicht-

Schuld oder kriminalistische Gesichtspunkte wie "hohes Alter" oder "Schlüssel in der verschlossenen Wohnung" dürfen seine Klassifikation nicht beeinflussen. Hinreichende Plausibilität für nichtnatürlichen Tod oder Verdacht auf nichtnatürlichen Tod können sich z. B. aus der Leichenuntersuchung ergeben. Befunde:

- Hämatom(e) (Ausnahme: an klassisch sturzexponierten Stellen wie z. B. Schienbeine bei Vorschulkindern)
- unklare oder verdächtige Farbe der Leichenflecken
- Punktblutungen, z. B. in den Augenbindehäuten
- Verdacht auf Strommarken oder andere Einwirkungen
- Leiche in der Badewanne
- Verdacht auf thermische Einwirkungen
- Mees'sche Nagelbänder, Holzer'sche Blasen, atypische Pupillenweiten
- Schwellungen, Verletzungen, Blutaustritte usw. usw.
- auffälliger Geruch

Unklare Todesart: Unklar ist die Todesart immer, wenn eine eindeutige Todesursache fehlt. Also insbesondere bei: plötzlichen Todesfällen im Erwachsenenalter und im Kindesalter, Fäulnisveränderungen (wegen Kaschierung von Verletzungen). - Gleiches gilt für Todesfälle im Krankenhaus mit unklarer Wechselwirkung zwischen einem Eingriff (ohne Fehlerzuweisung!) und einem Grundleiden. Auch der Mors in tabula muss mindestens als "unklar" klassifiziert werden, auch wenn das Grundleiden gravierend war. Todesfälle unter Injektionen, Infusionen und Transfusionen sollten unbedingt als "unklar" klassifiziert werden.

6. Welche Meldepflichten ergeben sich für den Leichenschauarzt?

- **Benachrichtigung der Polizei bei:**
 - nichtnatürlichem Tod
 - Todesart ungeklärt
 - unbekanntem Toten

Der Leichenschauarzt ist in diesen Fällen verpflichtet, über seine Feststellungen bei der Leichenschau den Polizeibeamten Auskunft zu erteilen.

Empfehlung zum Vorgehen bei iatrogenen Todesfällen in der Klinik:

Leiter der Abteilung nimmt die Leichenschau selbst vor und benachrichtigt die Polizei und übernimmt die Sachverhaltsschilderung.

Bei unklaren Todesfällen in der Klinik ist aus Erfahrung anzuraten, eine gerichtliche Obduktion anzustreben.

- **Benachrichtigung des zuständigen Gesundheitsamtes:**
 - Gemäß § 9 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz hat der Leichenschauarzt unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 24 Stunden Meldung an das für den Aufenthalts- bzw. Sterbeort zuständige Gesundheitsamt zu erstatten, wenn die Todesursache eine übertragbare Krankheit ist oder der Verstorbene an einer übertragbaren Krankheit gelitten hat bzw. entsprechender Verdacht besteht.
- **Benachrichtigung der zuständigen Berufsgenossenschaft:**
 - Anzeige beim begründeten Verdacht, dass der Betroffene an den Folgen einer Berufskrankheit verstorben ist oder die Berufskrankheit als Teilursache den Eintritt des Todes begünstigt haben könnte.

Verfahren zur Konsensbildung:

Erarbeitet von der Leitliniengruppe der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin unter Federführung von Frau Prof. Dr. med. A. Klein. Kritische Überarbeitung im Vorstand der Deutschen

Gesellschaft für Rechtsmedizin, Evaluation unter Einbeziehung aller Fachvertreter der Gesellschaft aus Deutschland.

Erstellungsdatum: 1999

Überarbeitung von: 12/2012

September bis Dezember 2012, Evaluation unter Einbeziehung aller Fachvertreter der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin aus den Instituten für Rechtsmedizin der Bundesrepublik Deutschland.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. T. Bajanowski
Inst. f. Rechtsmedizin
Hufelandstr. 55
45122 Essen
e-mail: thomas.bajanowski@uk-essen.de

Nächste Überprüfung geplant: 12/2017

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

© Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin
Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online