

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. Die vorliegende Leitlinie enthält länderübergreifende Standards und Schlüsselempfehlungen für die Durchführung der ärztlichen Leichenschau, die sich aus den Gesetzen und Verordnungen der Bundesländer ableiten lassen. Auf wichtige Ausnahmen wird in der Leitlinie hingewiesen. Für Detailfragen sind jedoch die gesetzlichen Regelungen des jeweiligen Bundeslandes zu beachten.

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 in der Regel der Körper eines Verstorbenen, bei dem sichere Zeichen des Todes bestehen oder bei dem der Tod auf andere Weise zuverlässig festgestellt worden ist. In einigen Bundesländern gelten auch ein Kopf, ein Rumpf oder ein Skelett als Leiche. Eine Leiche ist 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 aufweist. In den meisten Bundesländern wird als weiteres Kriterium ein Geburtsgewicht von 500g gefordert. In Hessen gilt ein totgeborenes Kind nach Ablauf des sechsten Schwangerschaftsmonats als Leiche. Nach der Personenstandsverordnung handelt es sich bei der Leibesfrucht um eine Totgeburt, wenn das Gewicht des Kindes mindestens 500 g beträgt oder das Gewicht des Kindes unter 500 g beträgt, aber die 24. Schwangerschaftswoche erreicht wurde. Unter den genannten Voraussetzungen gilt auch ein Totgeborenes rechtlich als Leiche, woraus sich die Pflicht zur

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde bei Personen und Funktionsbezeichnungen die männliche Form gewählt, es ist jedoch immer die weibliche Form mitgemeint.

Durchführung der Leichenschau ergibt.

Liegen die für die Klassifikation als Totgeburt genannten Kriterien nicht vor, besteht eine Fehlgeburt. Eine Verpflichtung zur Durchführung einer Leichenschau besteht dann nicht.

Die Regelungen der Länder verpflichten den Leichenschauarzt zu folgenden Feststellungen:

- Tod
- Personalien
- Todeszeit
- Todesart
- Todesursache

1. Wer darf die Leichenschau durchführen?

- grundsätzlich jeder approbierte Arzt

2. Wer muss die Leichenschau durchführen?

- in den Bundesländern unterschiedlich geregelt
- im Allgemeinen jeder Arzt auf Verlangen
- wenn kein anderer Arzt: Ärzte der unteren Gesundheitsbehörde
- bevorzugt genannt: niedergelassene Ärzte, behandelnde Ärzte, Krankenhausärzte, Ärzte im Notfallbereitschaftsdienst
- in Bremen ist jeder Arzt zur Todesfeststellung verpflichtet, die Leichenschau wird aber nur von qualifizierten Leichenschauärzten vorgenommen

In allen Bundesländern sind Ärzte im Rettungsdiensteinsatz von ihrer Verpflichtung zur Durchführung der vollständigen Leichenschau befreit. Ihre Pflicht beschränkt sich in der Regel auf die Feststellung der Personalien, des Todes, der Todeszeit und des Sterbeortes sowie ggf. eine Dokumentation in einer "Todesbescheinigung ohne Ursachenfeststellung" bzw. in einer "vorläufigen Todesbescheinigung".

In einigen Bundesländern sind Ärzte, die sich oder Angehörige durch weitere Feststellungen einer strafrechtlichen Verfolgung oder einem Verfahren über Ordnungswidrigkeit aussetzen würden, von der Leichenschau ausgeschlossen oder können diese verweigern. In Sachsen ist der nächste voll geschäftsfähige Angehörige des Verstorbenen berechtigt, den Arzt, der den Verstorbenen wegen der dem Tod unmittelbar vorausgegangen Krankheit behandelt hat, als Leichenschauarzt abzulehnen. Macht der Angehörige von diesem Recht Gebrauch, hat er unverzüglich selbst zu veranlassen, dass ein anderer Arzt die Leichenschau vornimmt.

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

unverzögert 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. Wo sollte die Leichenschau durchgeführt werden?

Die ärztliche Leichenschau sollte grundsätzlich am Auffindungsort der Leiche durchgeführt werden. In begründeten Ausnahmefällen (z. B. Tod in der Öffentlichkeit mit Zuschauern) kann die Leichenschau auch in den Räumen des beauftragten Bestattungsunternehmens stattfinden.

5. 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 (ab 01.07.2024 auch in Bayern). Bei dieser erfolgt ebenfalls eine Plausibilitätskontrolle der dokumentierten Ergebnisse der 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).

5.1. Feststellung des Todes

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

- Totenflecke
- Totenstarre
- Fäulnis
- Verletzungen, 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 „unverzögert“ nach Benachrichtigung zu erfolgen. Eine Wiederholung der Untersuchung ist nicht notwendig.

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 bei Fehlen sicherer Todeszeichen - ist größte Vorsicht geboten. Empfohlene Vorgehensweise: Reanimation einleiten und Krankenhauseinweisung.

Kriterien zum Unterlassen und zum Abbruch von Reanimationsmaßnahmen sind den aktuellen Reanimationsleitlinien des Deutschen Rats für Wiederbelebung zu entnehmen.

5.2. Feststellung der Todeszeit

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

- frühe Leichenerscheinungen (Totenflecke, Totenstarre, Abkühlung)

- späte Leichenerscheinungen (Fäulnis, Verwesung, konservierende Leichenveränderungen)
- Prüfung supravitaler Reaktionen
- in speziellen Fällen:
 - zuverlässige Zeugenaussagen (z. B. bei tödlichen Unglücksfällen)
 - medizinische Befunde (z. B. EKG/Monitoring) 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. Der praktisch tätige Arzt sollte zumindest eine Auffindezeit dokumentieren, ggf. mit der Eingrenzung eines Intervalls durch den letzten Lebendkontakt.

Zur groben Orientierung gelten folgende Zeitangaben:

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 13 h) p. m.

Um den Ausbildungsgrad der Totenstarre beurteilen zu können und eine Verwechslung mit Kontrakturen zu vermeiden, ist die Totenstarre nicht nur in einem, sondern in mehreren kleinen und großen Gelenken (Kiefer-, Finger-, Ellenbogen-, Knie-, Sprunggelenk) zu prüfen.

Das Zsako-Muskelphänomen kann z.B. 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 im frühpostmortalen Intervall. 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 Rechtsmedizinern überlassen werden.

5.3. 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 diskreten aber äußerst bedeutsamen Befunden zu vermeiden.

Entkleidung

- Die Leiche ist zu entkleiden, Vorder- und Rückseite einschließlich der Körperöffnungen sind zu inspizieren. Verbände und Pflaster sind zu entfernen.
- In bestimmten Fällen muss der Arzt primär 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 Auffindsituation oder den äußeren Umständen – z. B. 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) 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 vollständigen Leichenschau vorgetäuscht wird.

5.3.1. 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. Totenflecke). Insbesondere Hinweise auf 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 eine Untersuchung auf spezielle Merkmale:

Totenflecke:

Wichtige Merkmale sind:

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

Totenstarre:

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

Fäulnis:

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

Fäulnisveränderungen erlauben nur eine sehr grobe Einschätzung der Todeszeit. In schwierigen oder wichtigen Fällen sollte die Leichenschau unbedingt Rechtsmedizinern 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. Zudem kann bei fortgeschrittener Fäulnis die Identität des Verstorbenen oft nicht ausreichend sicher festgestellt werden.

Leichenfauna:

- 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 Ätzenspuren; Nager, Hunde, Katzen, Füchse, Vögel usw. Einbeziehung eines Experten (Rechtsmediziner) und Durchführung der Leichenschau durch diesen ist ggf. anzustreben. Attestierung 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:

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

Schürfung als Ursache nicht-natürlicher Vertrocknung:

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

Systematische Untersuchung der Körperteile

Kopf:

- zunächst globale Prüfung von Hirnschädel und Gesichtsschädel
- Deformität (?), atypischer Klopfeschall (?), Knochenreiben (?)
- Schwellungen, Hämatome, Wunden
- Lokalisationen und Verteilungsmuster der Läsionen (versteckte Lokalisationen: Kopfhaut, Mundvorraum, retroaurikulär), z. B. sturzexponierte/nicht-sturzexponierte Topologie; Beachtung der Hutkrempe-Regel
- Geruch aus Mund/Nase (nach Brustkorbkompression), z. B. aromatisch, stechend, nach Bittermandeln
- Flüssigkeitsentleerungen aus Mund/Nase, angetrocknetes Blut in der Nase, Blutentleerungen aus Ohren, Entleerung kaffeersatzartigen Materials, Auffindung von Tablettenresten im Erbrochenen; Abrinnsuren mit Hautverätzung; Fremdmaterial in der Mundhöhle (Knebel etc.)
- Schampilz vor Mund/Nase, z. B. Lungenödem, Ertrinken, Intoxikation
- Vertikale Speichelabrinnsuren bei Erhängen
- punktförmige Blutungen: Augenbindehäute (Bulbus/Lider), Augenlidhäute, Gesichtshaut, Mundschleimhaut, retroaurikulär; auch bei nur einer Lokalisation: Verdachtsdiagnose Halskompression
- atypische Pupillenweite (eng, weit) und/oder Seitenungleichheit: z. B. diverse Vergiftungen (cave: begrenzter Aussagewert), 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. Totenflecke bei Hängesituation, z. B. p. m. Hypostase oberhalb der Strangmarke.

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, auffällige Antragungen

Extremitäten:

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

5.3.2. Beobachtungen am Leichenfundort:

- Wahrnehmungen am engeren 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
- Wahrnehmungen im Leichenumfeld
 - Hinweise auf Konsum von Alkohol, Drogen, Medikamenten (Flaschen, Gläser, Fixerutensilien, Medikamentenverpackungen)
 - Hinweise auf Erkrankungen (Rezepte, Medikamente, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung)
 - 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, zahlreiche leere Blister von potenziell todesursächlichen Medikamenten, 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.
- 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 Abgleich der bei der Untersuchung des Leichnams erhobenen Befunde mit der Auffindungssituation (z.B. Lage der Totenflecke) ist anzuraten.

5.3.3. Anamnestische Informationen zur Todesursache:

- 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).
- 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.

6. Feststellung der Todesursache

Todesursache sind Krankheiten, Verletzungen oder Vergiftungen, die den Tod unmittelbar verursacht haben. Neben der Todesursache ist bei Vorliegen einer Kausalkette diese auf der Todesbescheinigung anzugeben, mit dem entsprechenden Grundleiden auf der Todesbescheinigung an dritter Stelle. Die Kausalkette lautet z. B.: akuter Myokardinfarkt als Folge einer stenosierenden Koronarsklerose als Folge einer generalisierten Arteriosklerose. Gelegentlich müssen auch viergliedrige Kausalketten angegeben werden.

Liegt eine monokausale Todesursache vor (z. B. Polytrauma), wird die Todesursache unter I a) unmittelbare Todesursache eingetragen.

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 einer natürlichen Todesart zuzuordnen, so ist dies entsprechend z. B. „unbekannt“.

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.

7. Klassifizierung der Todesart

Zur Todesart existieren in der Regel drei Rubriken:

- natürlicher Tod
- unklar, ob natürlicher oder nichtnatürlicher Tod
- nichtnatürlicher Tod

Ausnahmen: In einigen Bundesländern existiert statt der Rubrik "nichtnatürlicher Tod" die Rubrik: Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod bzw. äußere Einwirkungen, die den Tod zur Folge hatten, mit den Antwortmöglichkeiten ja oder nein. Auch fehlt in einigen Bundesländern die Rubrik "ungeklärte Todesart".

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 von einer gravierenden, lebensbedrohenden Erkrankung und deren Verlauf in großer Zeitnähe zum eingetretenen Tod hat. 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 bekannten erheblichen Vorerkrankungen (z.B. fortgeschrittene Herzerkrankung) muss die Möglichkeit des nichtnatürlichen Tods verantwortungsvoll geprüft werden. Gleiches gilt für das Auffinden alter Menschen durch einen Arzt. Auch das Fehlen äußerer Verletzungen berechtigt per se nicht zu dem Umkehrschluss "natürlicher Tod". Dies gilt auch bei alten bzw. sehr jungen Menschen (Säuglinge). - Cave: Die bloße Möglichkeit eines Todeseintritts zu einem bestimmten 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, der sich allerdings auf konkrete Anhaltspunkte stützen muss, 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, Unfalltodesfälle, Tötungen durch

fremde Hand, Todesfälle infolge ärztlicher Eingriffe.

Auch müssen eventuell zeitlich 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.

Cave: Der Arzt irrt sich am häufigsten bei der Klassifikation der Todesart. Nicht selten wird er z.B. von Polizeibeamten 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 medizinisch begründeten Ergebnis zu gelangen und dieses zu dokumentieren. 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 einen nichtnatürlichen Tod oder den Verdacht auf einen nichtnatürlichen Tod können sich z. B. aus der Leichenuntersuchung ergeben, insbesondere bei Befunden bzw. Fallkonstellationen wie:

- Hämatom(e) (Ausnahme: an klassisch sturzexponierten Stellen wie z. B. Schienbeine bei Vorschulkindern)
- unklare oder verdächtige Farbe der Totenflecke
- 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 (ungeklärte) Todesart: Unklar ist die Todesart immer, wenn eine plausible natürliche Todesursache fehlt und darüber hinaus KEINE Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod bestehen, insbesondere bei plötzlichen Todesfällen im Erwachsenenalter und im Kindesalter oder bei Fäulnisveränderungen (wegen Kaschierung von Verletzungen). Eine unklare Todesart ist auch zu attestieren bei Todesfällen 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. Die Bescheinigung einer unklaren Todesart setzt voraus, dass keine Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod vorliegen.

8. Welche Meldepflichten ergeben sich für den Leichenschauarzt?

- **Benachrichtigung der Polizei:**

In der Regel ist die Polizei zu benachrichtigen bei:

- nichtnatürlichem Tod
- Todesart ungeklärt
- unbekanntem Toten

In einigen Bundesländern besteht außerdem eine Meldepflicht bei:

- Tod im staatlichen Gewahrsam
- Tod im institutionellen oder häuslichen Pflegebereich
- Anhaltspunkten auf außergewöhnliche Entwicklung im Behandlungsverlauf
- Tod während eines operativen Eingriffs oder innerhalb von 24 Stunden danach
- Tod im zeitlichen Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen
- Hinderung des Arztes am Betreten des Ortes der Leiche
- Auffälligkeiten in Bezug auf den Auffindungsort
- Verweigerung oder erkennbar unvollständig oder unrichtig erteilten Auskünften über dem Tod vorausgegangene Erkrankungen/Todesumstände
- fortgeschrittenen Leichenveränderungen
- plötzlichem Tod eines zuvor gesunden Menschen
- verstorbener Person vor Vollendung des 14. Lebensjahres, es sei denn, der Tod ist zweifelsfrei auf eine Vorerkrankung zurückzuführen

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.
- Im nichtvertraulichen Teil der Todesbescheinigung ist ggf. auf eine Infektionsgefahr hinzuweisen, im vertraulichen Teil sollten Infektionskrankheit und Erreger angegeben werden.

○ **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:

Erste Fassung 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 (Prof. Dr. Stefanie Ritz-Timme, Prof. Dr. Silke Grabherr, Prof. Dr. Matthias Graw, Prof. Dr. Andreas Büttner, Prof. Dr. Sven Anders, Prof. Dr. Michael Klintschar, PD Dr. Stefanie Iwersen-Bergmann, Prof. Dr. Sabine Lutz-Bonengel, Prof. Dr. Benjamin Ondruschka, Prof. Dr. Knut Albrecht, Dr. Sarah Kölzer) unter Schriftleitung von Prof. Dr. Andreas

Schmeling. Die finale Version wurde von allen Vorstandsmitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin bestätigt.

Interessenerklärungen von allen Beteiligten wurden auf dem Formblatt der AWMF eingeholt. Die Angaben wurden in der Gruppe der Autoren diskutiert und mit dem Ergebnis bewertet, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Erstellungsdatum:

November 2001

Letzte Überarbeitung:

Januar bis Oktober 2022, Evaluation unter Einbeziehung aller Fachvertreter der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin aus den Instituten für Rechtsmedizin der Bundesrepublik Deutschland.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. A. Schmeling
Institut für Rechtsmedizin
Röntgenstr. 23
48149 Münster
e-mail: andreas.schmeling@ukmuenster.de

Nächste Überprüfung geplant: 2027

Versionsnummer:	5.0
Erstveröffentlichung:	11/2001
Überarbeitung von:	10/2022
Nächste Überprüfung geplant:	10/2027

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!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online