

Bundesgesundheitsbl 2019 · 62:1452–1457
<https://doi.org/10.1007/s00103-019-03043-4>
 Online publiziert: 11. November 2019
 © Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil
 von Springer Nature 2019



Andreas Schmeling¹ · Annelies Klein² · Thomas Bajanowski³

¹ Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland

² Dresden, Deutschland

³ Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Essen, Essen, Deutschland

Durchführung der ärztlichen Leichenschau gemäß S1-Leitlinie 2017 der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin

Einleitung

In der Bundesrepublik Deutschland ist das Leichenschauwesen durch landesrechtliche Bestimmungen in speziellen Gesetzen über das Leichen-, Friedhofs- und Bestattungswesen oder in entsprechenden Verordnungen geregelt. Mit dem Ziel, die Durchführung der Leichenschau deutschlandweit weitestgehend zu standardisieren, beschloss der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin im Jahr 1999, eine Leitlinie zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau zu erarbeiten. Die Leitlinie wurde im November 2001 auf der Homepage der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) publiziert. Überarbeitungen der Leitlinie erfolgten in den Jahren 2007, 2012 und 2017¹. Die aktuelle Fassung der Leitlinie ist im Internet abrufbar [1].

Die 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 unbedingt die gesetzlichen Regelungen des jeweiligen Bundeslandes zu beachten.

Mit den Bestimmungen zur Leichenschau verfolgt der Gesetzgeber mehrere Ziele:

- sichere Feststellung des Todes zur Vermeidung von Scheintodesfällen; in speziellen Fällen auch als Voraussetzung einer Organexplantation;
- Bekämpfung übertragbarer Erkrankungen;
- Gewinnung von Daten zur Todesursachenstatistik und über wichtige Erkrankungen als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen;
- Rechtsinteresse (Erkennung rechtlich relevanter Todesfälle);
- Wahrnehmung mutmaßlicher Interessen des Verstorbenen.

Bei jedem Todesfall muss durch einen Arzt eine Leichenschau durchgeführt und darüber eine ärztliche Bescheinigung ausgestellt werden.

Die Regelungen der Länder verpflichten den Leichenschauarzt zu folgenden Feststellungen:

- Tod,
- Todeszeitpunkt,
- Todesursache,
- Todesart,
- Personalien.

Darüber hinaus unterliegt der Leichenschauarzt verschiedenen Meldepflichten.

Ärzte im Rettungsdiensteinsatz sind 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 auf die Wahrnehmung von Meldepflichten. Länderabhängig sind die getroffenen Feststellungen in einer „Todesbescheinigung ohne Ursachenfeststellung“ bzw. in einer „vorläufigen Todesbescheinigung“ zu dokumentieren.

Nachfolgend werden die wesentlichen Regelungen der S1-Leitlinie zur Durchführung der Leichenschau erläutert.

Definition der Leiche

Eine Verpflichtung zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau besteht nur bei menschlichen Leichen. Als menschliche Leiche gilt in der Regel der Körper eines Verstorbenen, solange der gewebliche Zusammenhang infolge Fäulnis noch nicht aufgehoben ist (Skelette oder Skeletteile gelten außer in Sachsen-Anhalt 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

¹ Der vorliegende Artikel gibt die S1-Leitlinie zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau wieder, die keine Literaturreferenzen enthält [1]. Die Autoren haben daher bewusst auf weitere Literaturangaben verzichtet, um keine unkonsentierten Assoziationen nahezu legen. Die Redaktion.

Tab. 1 Zeitlicher Verlauf der Leichenerscheinungen im frühpostmortalen Intervall

Totenflecke	
Beginn	15–30 min p. m.
Konflktion	Ca. 1–2 h p. m.
Volle Ausbildung	Ca. 6–8 h p. m.
Vollständige Wegdrückbarkeit auf Dau- mendruck	Bis ca. 20 h p. m.
Unvollständige Wegdrückbarkeit auf scharfkantigen Druck (Pinzette)	Bis ca. 36 h p. m.
Vollständige Umlagerbarkeit	Bis ca. 6 h p. m.
Unvollständige Umlagerbarkeit	Etw. 6–12 h p. m.
Totenstarre	
Beginn (Kiefergelenk)	2–4 h p. m.
Vollständige Ausprägung	Ca. 6–8 h p. m. (in Einzelfällen bis 19 h p. m.)
Wiedereintritt nach Brechen	Bis ca. 8 h p. m. (in Einzelfällen bis 19 h p. m.)
Lösung	Stark abhängig von Umgebungstemperatur (Lö- sungsbeginn: nach 2–4 d und später)
Mechanische Erregbarkeit der Skelettmuskulatur	
Fortgeleitete Kontraktion (sog. Zsako-Mus- kelphänomen)	Bis 1,5–2,5 h p. m.
Lokale Kontraktion (idiomuskulärer Wulst)	Bis 8 h p. m. (extrem selten bis 12 h p. m.)

p. m. post mortem

500 g aufweist. Unter dieser Voraussetzung gilt auch ein Totgeborenes rechtlich als Leiche, woraus sich die Pflicht zur Durchführung der Leichenschau ergibt. In Hessen gilt ein totgeborenes Kind nach Ablauf des sechsten Schwangerschaftsmonats als Leiche.

Zeitpunkt der Leichenschau

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, sodass 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 Differenzialdiagnosen „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.

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 (bzw. Zerstörungen), die mit dem Leben unvereinbar sind.

In der Phase der ersten 20–30 min 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. Es wird empfohlen, Reanimationsmaßnahmen einzuleiten und eine Krankenhauseinweisung zu veranlassen.

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 min kein Erfolg (keine Spontanatmung, keine spontane Herz-tätigkeit) erkennbar ist und die Irreversibilität des Kreislaufstillstandes durch ein Nulllinien-EKG über einen längeren Zeitraum belegt ist. In manchen Fällen, insbesondere bei klinischer Effektivität der Maßnahmen, ist eine Verlängerung der Reanimationszeit angezeigt.

Ausnahmen gelten ferner insbesondere bei Verdacht auf:

- allgemeine Unterkühlung,
- Intoxikation,
- Beinahe-Ertrinken.

In diesen Fällen sind ggf. auch länger-dauernde Reanimationsmaßnahmen erforderlich. Bei Vorliegen eines sicheren Todeszeichens (Totenflecke) ist die Reanimation einzustellen oder gar nicht erst zu beginnen.

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),
- supravitale Reaktionen.

In besonderen Fällen können – in Verbindung mit Leichenbefunden (!) – auch zu-

verlässige Zeugenaussagen (z. B. bei tödlichen Unglücksfällen), medizinische Befunde (z. B. EKG/Monitoring) und kriminalistische Ermittlungsergebnisse (zuletzt lebend gesehen, Zeitungen im Briefkasten, Zustand von Speiseresten, letztes Telefonat u. a.) zur Todeszeitdiagnostik beitragen.

Bei den Angaben zur Todeszeit ist Zurückhaltung geboten. Eine zu weitgehende Eingrenzung des Todeszeitintervalls allein anhand der Leichenerscheinungen sollte unterbleiben. 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. Zeitangaben zur groben Orientierung im frühpostmortalen Intervall sind **Tab. 1** zu entnehmen.

Totenflecke können aufgrund ihrer Farbe Hinweise auf die Todesursache geben. So sind die Totenflecke bei CO-Intoxikationen und Unterkühlungen nicht livide, sondern kirschrot. Eine spärliche Ausprägung der Totenflecke kann auf einen Blutverlust hindeuten. Korrespondiert die Lokalisation der Totenflecke nicht mit der Lage der Leiche (z. B. Totenflecke an der Körpervorderseite bei Rückenlage der Leiche), beweist das eine postmortale Lageveränderung.

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. In der Regel beginnt die Totenstarre im Kiefergelenk und schreitet nach abwärts fort, zuletzt die Gelenke der unteren Extremitäten ergreifend. Gewöhnlich löst sich die Totenstarre in derselben Reihenfolge. Zu beachten ist, dass eine Kältestarre nicht als Totenstarre fehlgedeutet werden darf.

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 be-

Bundesgesundheitsbl 2019 · 62:1452–1457 <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03043-4>
© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2019

A. Schmeling · A. Klein · T. Bajanowski

Durchführung der ärztlichen Leichenschau gemäß S1-Leitlinie 2017 der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin

Zusammenfassung

In der Bundesrepublik Deutschland ist das Leichenschauwesen durch landesrechtliche Bestimmungen geregelt. Um die Durchführung der Leichenschau deutschlandweit weitestgehend zu standardisieren, erarbeitete die Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin die S1-Leitlinie „Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau“. Die aktuelle Version dieser Leitlinie wurde im November 2017 auf der Homepage der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) publiziert. In der Leitlinie werden die sichere Feststellung des Todes, die Todesursachendiagnostik, die Klassifizierung der Todesart, die Todeszeitschätzung und die Meldepflichten des Leichenschauarztes ausführlich erläutert. Zur Untersuchung der Leiche werden detaillierte Hinweise

gegeben. Eine sorgfältige Durchführung der Leichenschau vermeidet Scheintodesfälle, liegt im mutmaßlichen Willen des Verstorbenen und dient der Interessenwahrung der Hinterbliebenen. Darüber hinaus ist sie von gesamtgesellschaftlicher Bedeutung, indem übertragbare Krankheiten und rechtlich relevante Todesfälle erkannt werden. Schließlich wird die Validität der Todesursachenstatistik verbessert, was weitreichende Konsequenzen für gesundheitspolitische Entscheidungen haben kann. In diesem Beitrag werden die wesentlichen Regularien der S1-Leitlinie dargestellt.

Schlüsselwörter

Leichenschau · Todesfeststellung · Todesursache · Todesart · Todeszeit

External post-mortem examination according to S1 guideline 2017 of the German Society of Legal Medicine

Abstract

In Germany, the system of external post-mortem examinations is regulated by state law. In order to standardize the performance of external post-mortem examinations as far as possible throughout Germany, the German Society of Legal Medicine developed the S1 guideline "Rules for the performance of external post-mortem examination." The current version of this guideline was published on the Association of the Scientific Medical Societies in Germany (AWMF) homepage in November 2017. The guideline explains in detail the reliable determination of death, the diagnosis of the cause of death, the classification of the manner of death, the estimation of the time of death, and the reporting obligations of the post-mortem examination physician. Detailed information

is provided on the examination of the corpse. A careful performance of the external post-mortem examination avoids false death determinations, lies in the presumed will of the deceased, and serves to protect the interests of the bereaved. In addition, it is of importance to society as a whole in that communicable diseases and legally relevant deaths are identified. Finally, the validity of cause-of-death statistics is improved, which can have far-reaching consequences for health-related policy decisions. In this article the main rules of the guideline are described.

Keywords

External post-mortem examination · Determination of death · Cause of death · Manner of death · Time of death

wirkt 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 Fettge-

webes ist der Wulst kaum sichtbar, man kann ihn aber tasten.

Sind bereits Fäulnisveränderungen vorhanden, sind aufgrund deren großer Variabilität allenfalls grobe Schätzungen der Todeszeit möglich. Weitere Methoden zur Todeszeitbestimmung setzen fachärztlich-rechtsmedizinisches Wissen, Erfahrung und spezielles Instru-

mentarium voraus. Sie sollten daher dem Rechtsmediziner überlassen werden.

Entkleidung

Grundsätzlich ist die Leiche zur Leichenschau vollständig zu entkleiden. Verbände und Pflaster sind zu entfernen.

In bestimmten Fällen muss der Arzt primär von der (vollständigen) Entkleidung absehen:

- wenn von vornherein der Verdacht auf ein Tötungsdelikt besteht,
- wenn aus den Befunden an der bekleideten Leiche – z. B. Bindehautblutungen, Blutentleerungen aus dem Ohr – der Verdacht auf einen nichtnatürlichen Tod entsteht,
- wenn aus der Auffindsituation oder den äußeren Umständen – z. B. Verkehrsunfall, Wasserleiche, Betriebsunfall – der Verdacht auf einen nichtnatürlichen Tod entsteht,
- wenn nach teilweiser Entkleidung der Verdacht auf einen nichtnatürlichen Tod entsteht,
- wenn aus technischen Gründen oder aufgrund der äußeren Umstände (Auffindung der Leiche in der Öffentlichkeit) oder wegen erheblicher Fäulnis eine Entkleidung nicht möglich ist.

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.

Untersuchung des Leichnams

Stets sind Vorder- und Rückseite der Leiche einschließlich der Körperöffnungen gründlich zu untersuchen. Eine ausreichende Untersuchung des Leichnams setzt eine ausreichende Beleuchtung voraus. Bei künstlicher Beleuchtung (falls kein Tageslichtspektrum) sind verschiedene Rottöne nur schwer unterscheidbar (z. B. Totenflecke). Insbesondere bestimmte Vergiftungen sind dann nicht erkennbar, ggf. muss der Arzt eine zweite

Leichenschau bei Tageslicht durchführen. Vor der speziellen Untersuchung der einzelnen Körperregionen sind neben der Lage der Leiche und dem Zustand der Bekleidung einige allgemeine Merkmale, wie Ernährungszustand, Statur, auffällige Hautverfärbungen (z. B. Ikterus), Vernachlässigungszeichen und Austrocknungszeichen, zu registrieren.

Um bei der anschließenden Untersuchung der Körperteile keine relevanten Befunde zu übersehen, sollte systematisch vorgegangen werden. Spezielle Merkmale, auf die dabei zu achten ist, sind in **Tab. 2** aufgeführt.

Neben den Befunden an der Leiche sind fernerhin Wahrnehmungen im Leichenumfeld, wie Hinweise auf Konsum von Alkohol, Drogen oder Medikamenten, sowie anamnestiche Informationen zur Todesursache von Angehörigen, Pflegepersonen, Nachbarn oder anderen Zeugen zu beachten. Behandelnde Ärzte sind dem Leichenschauarzt gegenüber zur Auskunftserteilung über eine mögliche Todesursache verpflichtet.

Feststellung der Todesursache

Todesursache sind Krankheiten, Verletzungen oder Vergiftungen, die den Tod unmittelbar verursacht haben. Neben der Todesursache muss auf der Todesbescheinigung eine Kausalkette angegeben werden, an deren dritter Stelle das entsprechende Grundleiden aufgeführt wird.

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 zu formulieren, 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.

Klassifizierung der Todesart

Zur Todesart existieren in der Regel drei Rubriken:

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

Eine Ausnahme besteht in Schleswig-Holstein, wo statt der Rubrik „nichtnatürlicher Tod“ die Rubrik „Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod“ mit den Antwortmöglichkeiten „Ja“ oder „Nein“ existiert. Es fehlt hier die Alternative „ungeklärt“. In einigen Bundesländern wird ebenfalls nach Anhaltspunkten gefragt, allerdings mit erhaltener Antwortalternative „ungeklärt“.

Natürlicher Tod

Der natürliche 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 und deren Verlauf 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 zur Bescheinigung eines natürlichen Todes. Auch bei bekannter Herzanamnese mit koronarer Herzkrankheit 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 Todeseintritts zu diesem Zeitpunkt berechtigt keinesfalls zu entsprechender Klassifikation. Es bedarf einer hohen Plausibilität!

Tab. 2 Bei der Untersuchung der Körperteile zu registrierende Merkmale

Körperteil	Merkmale
Kopf	Deformität (?), atypischer Klopfeschall (?), Knochenreiben (?)
	Schwellungen, Hämatome, Wunden
	Lokalisationen und Verteilungsmuster der Läsionen (versteckte Lokalisationen: Kopfhaut, Mundvorraum, retroaurikulär), z. B. sturzexponierte/nichtsturzexponierte Topologie; Beachtung der Hutkrempe
	Geruch aus Mund/Nase (nach Brustkorbkompression), z. B. aromatisch, stechend, nach Bittermandeln
	Flüssigkeitsentleerungen aus Mund/Nase, angetrocknetes Blut in der Nase, Blutentleerungen aus Ohren, Kaffeesatzentleerung, Auffindung von Tablettenresten im Erbrochenen; Abdrückspuren mit Hautverätzung; Fremdmaterial in der Mundhöhle (Knebel etc.)
	Schaumpilz vor Mund/Nase, z. B. Lungenödem, Ertrinken, Intoxikation
	Vertikale Speichelabdrückspuren 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 Hautblutungen, Abschürfungen, Kratzer, Hämatome, Strangmarken (mit Beschreibung des Verlaufs und der Form), atypische Strangmarken, doppelte Strangmarken, Strangmarke in Kombination mit weiteren Befunden
Brustkorb	Form, Deformität, Asymmetrie
	Falsche Beweglichkeit der Wand
	Narben, Verletzungen (Schürfung, Hämatome, Wunden, Bissspuren an den Brüsten)
	Hautemphysem
Bauch	Form
	Narben
	Behaarungstyp
	Beweglicher Beckenring (?)
	Befunde in Verbindung mit anderen Läsionen
Genitale/After	Verletzungszeichen
	Blutentleerung
Extremitäten	Widernatürliche Beweglichkeit
	Narben, Injektionsstellen, Narbenstraßen, Narben an der Handgelenksbeuge (z. B. Suizidversuch), Tätowierungen, 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
Rücken	Widerlagerverletzungen
	Andere Hämatome oder Schürfungen
	Narben

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 lange Kausalketten beachtet werden, wie z. B. Sturz mit Oberschenkelhalsfraktur – stationäre Behandlung – Tod durch Pneumonie nach 10 Tagen.

Cave: Der Arzt irrt sich am häufigsten bei der Klassifikation der Todesart. Gelegentlich wird er dazu gedrängt, einen natürlichen Tod zu beurkunden. Diesem Drängen darf er auf keinen Fall nachgeben. Er hat in jeder Situation das Recht und die Pflicht, völlig unabhängig von äußeren Einflüssen zu einem Ergebnis zu gelangen. Erörterungen über Schuld oder Nichtschuld oder kriminalistische Gesichtspunkte wie „hohes Alter“ oder „Schlüssel in der verschlossenen Wohnung“ dürfen seine Klassifikation nicht beeinflussen.

Hinreichende Plausibilität für einen nichtnatürlichen Tod oder einen Verdacht auf einen nichtnatürlichen Tod können sich z. B. aus der Leichenuntersuchung aufgrund der nachfolgend aufgeführten Befunde ergeben:

- verdächtige Farbe der Totenflecke,
- Punktblutungen, z. B. in den Augenbindehäuten,
- Verdacht auf Strommarken,
- Leiche in der Badewanne,
- Verdacht auf thermische Einwirkungen,
- Mees-Nagelbänder (grau-weiße Querstreifen an Finger- und Zehennägeln bei Intoxikationen mit Arsen und Thallium), Holzer-Blasen (Druckblasen an den Aufliegstellen bei Vergiftungen, insbesondere mit Barbituraten), atypische Pupillenweiten,
- Schwellungen, Verletzungen, Blutaustritte 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

sowie bei Fäulnisveränderungen (wegen möglicher 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 (Tod auf dem Operationstisch) 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.

Meldepflichten

Der Leichenschauarzt unterliegt Meldepflichten an die Polizei, das zuständige Gesundheitsamt und die zuständige Berufsgenossenschaft.

Eine Benachrichtigung der Polizei hat zu erfolgen bei:

- nichtnatürlichem Tod,
- ungeklärter Todesart,
- unbekanntem Toten.

Der Leichenschauarzt ist in diesen Fällen verpflichtet, über seine Feststellungen bei der Leichenschau den Polizeibeamten Auskunft zu erteilen. Bei iatrogenen Todesfällen in der Klinik wird empfohlen, dass der Leiter der Abteilung die Leichenschau selbst vornimmt und die Polizei benachrichtigt. Bei unklaren Todesfällen in der Klinik ist anzuraten, eine gerichtliche Obduktion anzustreben.

Gemäß §9 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz hat der Leichenschauarzt unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 24 h 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. ein entsprechender Verdacht besteht.

Eine Anzeige bei der zuständigen Berufsgenossenschaft hat zu erfolgen 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.

Fazit

Eine sorgfältige Durchführung der Leichenschau vermeidet Scheintodesfälle, liegt im mutmaßlichen Willen des Verstorbenen und dient der Interessenwahrung der Hinterbliebenen. Darüber hinaus ist sie von gesamtgesellschaftlicher Bedeutung, indem übertragbare Krankheiten und rechtlich relevante Todesfälle erkannt werden. Schließlich wird die Validität der Todesursachenstatistik verbessert, was positive Konsequenzen für gesundheitspolitische Entscheidungen haben kann.

In der S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin zur ärztlichen Leichenschau werden die sichere Feststellung des Todes, die Todesursachendiagnostik, die Klassifizierung der Todesart, die Todeszeitschätzung und die Meldepflichten des Leichenschauarztes ausführlich erläutert. Zur Untersuchung der Leiche werden detaillierte Hinweise gegeben.

Insbesondere eine falsche Klassifizierung der Todesart kann schwerwiegende Folgen für die Rechtssicherheit haben. Nur wenn im Rahmen einer sorgfältig durchgeführten Leichenschau Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod erkannt werden und die Polizei benachrichtigt wird, kann das Dunkelfeld nicht erkannter Tötungsdelikte reduziert werden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Andreas Schmeling
Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum
Münster
Röntgenstr. 23, 48149 Münster, Deutschland
andreas.schmeling@ukmuenster.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A. Schmeling, A. Klein und T. Bajonowski geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. AWMF online S1-Leitlinie 054-001, Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau.

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/054-002l_S1_Regeln-zur-Durchfuehrung-der-aerztlichen-Leichenschau_2018-02_01.pdf. Zugriffen: 9. Okt. 2019 (aktueller Stand: 10/2017)