

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis – Umgehen mit der Unsicherheit

Dr. Carsten Köber, Facharzt für Allgemeinmedizin,  
Notfallmedizin, Bad Mergentheim



Die Autoren bestätigen, dass keine Interessenkonflikte zwischen der Autoren-/ und Referententätigkeit für das Institut für hausärztliche Fortbildung und anderen Tätigkeiten bestehen.



Institut für hausärztliche Fortbildung  
im Deutschen Hausärzterverband (IHf) e.V.

# Beispiele für mögliche Interessenkonflikte:



-  Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft\*, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung.
-  Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften **im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (IHf)**, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung.
-  Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung.
-  Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz).
-  Besitz von Geschäftsanteilen oder Beteiligungen von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft.
-  Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft.
-  Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften / **Berufsverbänden**, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung.
-  **Politische**, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche **Interessen**, die mögliche Konflikte begründen könnten.
-  ggf. gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre

\*z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie, Krankenkasse

Angaben in Anlehnung an die Regeln der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Fachverbände (AWMF) 6/2010



# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis - Wer ist für die Leichenschau zuständig?



# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Wer ist für die Leichenschau zuständig?



- **Regelung in den Bestattungsgesetzen der Länder [1]**
  - **Jede/r niedergelassene Arzt/Ärztin** auf Verlangen **verpflichtet** (alle Länder; in Thüringen „jeder zur Berufsausübung zugelassene Arzt“)
  - **Ärzte/Ärztinnen von Krankenhäusern** und sonstigen Anstalten für Sterbefälle in der Anstalt **verpflichtet** (alle Länder)
  - **letzte Behandler bei Todesfall nach ärztlicher Maßnahme NICHT verpflichtet** (alle Länder) – nur vorläufige Leichenschau -> Leichenschau veranlassen!
  - **Notärzte meist nicht verpflichtet** (nur Bayern, Hamburg) – nur vorläufige Leichenschau -> Leichenschau veranlassen!
  - **vorläufiger Leichenschauschein in den meisten Bundesländern** als Option (Notarzdienst)

[1] Bestattungsgesetze der Bundesländer

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis Vorläufige Todesbescheinigung (Bsp. Saarland)



**Vorläufiger Totenschein**  
nur von Ärztinnen und Ärzten im Rettungsdienst sowie von  
Ärztinnen und Ärzten im ärztlichen Notdienst auszufüllen

**1. Personalangaben**  
Name, ggf. Geburtsname, Vorname  
**Leichnam, Luis**  
Straße, Hausnummer  
**Friedhofstraße 5**  
PLZ, Wohnort, Kreis  
**12345 Todesdorf, R/P**  
Geburtsdatum: Tag **01** Monat **01** Jahr **1932** Geschlecht:  männlich  weiblich

**2. Identifikation**  
 Aufgrund eigener Kenntnis  Nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass  Nach Angaben von Angehörigen/Zeugen  nicht möglich

**3. Sichere Zeichen des Todes**  
 Totenstarre  Totenflecken  Fäulnis  Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind  Herztod (Def. Bundesleitlinien)  
Nähere Beschreibung: **Erfolgreiche Reanimation, noch keine sicheren Todeszeichen vorhanden!**  
Nulldiagnose im EKG nach einer Reanimation: **42** Minuten

**4. Ort und Zeitpunkt des Todes**  
 Sterbeort  zu Hause  im Krankenhaus **Friedhofstraße 5**  
 Aufenthaltsort, falls nicht Sterbeort  im Alten-/Pflegeheim  sonstiger Ort **PLZ, Ort, Kreis**  
**12345 Todesdorf, R/P**  
Sterbepunkt: Tag **15** Monat **03** Jahr **2020** Uhrzeit: **03:20**  nach eigener Feststellung  nach Angaben von Angehörigen/Zeugen  
vermutlicher Sterbepunkt: Tag \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_  
Zeitpunkt der Leichenauffindung: Tag \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_

**5. Wichtiger Hinweis zur Todesart**  
 Natürlicher Tod  Todesart ungewiss  
 kein Hinweis für einen nicht natürlichen Tod  Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod sind zwar  
**Bei koronarer Herzkrankheit, Z.n. Bypassoperation Vor Alarmierung Angina pectoris bei Eintreffen Asystolie, CPR über 42min. Bei infauster Prognose Abbruch durch NA. Kein Anhalt für nicht nat. Tod.**

**Hinweis:**  
Notärztinnen und Notärzte im Rettungsdienst sowie Ärztinnen und Ärzte im ärztlichen Notdienst sind nicht verpflichtet, diesen Totenschein auszufüllen.  
Nachweislast werden.  
In Rettungsdienst sowie Ärztinnen und Ärzte im ärztlichen Notdienst sind verpflichtet, bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod bzw. bei ungewisser Todesart **sofort die Polizei**, evtl. über die Rettungsstelle, zu benachrichtigen.

**Unterschrift und Stempel des Notärztinnen/Notarztes bzw. des Ärztinnen/Arztes im ärztlichen Notdienst**

 Todesdorf, 15.3.20, 03:25

**Dr. Carsten Köber (NA)**

Unterschrift und Stempel des Notärztinnen/Notarztes bzw. des Ärztinnen/Arztes im ärztlichen Notdienst



# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

-

## Wie zeitnah muss die Leichenschau erfolgen?

[Bild] Caleb Oquendo/pexels.com



Institut für hausärztliche Fortbildung  
im Deutschen Hausärzteverband (IHf) e.V.

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Wie zeitnah muss die Leichenschau erfolgen?



- **Regelung in den Bestattungsgesetzen der Länder [1]**
  - in der Regel **„unverzüglich“** durchzuführen
  - **nicht** gleichzusetzen mit **„auf der Stelle“**, sondern
    - **„ohne schuldhaftes Zögern“** [2]
    - **subjektive Zumutbarkeit (für den Arzt/die Ärztin)** für ein alsbaldiges Handeln muss vorliegen [3] - gerade durchgeführte Behandlung oder Operation muss nicht abgebrochen werden
    - meist einigermaßen disponibler Hausbesuch (Ausnahme: Polizei vor Ort, etc.)
  - teils **konkrete Zeitvorgaben** in einigen Landesgesetzen: innerhalb 6h (HH, HB), 8h (MV), 12h (B) bis zu 24h (SH)

[1] Bestattungsgesetze der Bundesländer

[2] § 121 Abs. 1 S. 1 BGB

[3] [www.rechtslexikon.net](http://www.rechtslexikon.net)

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Wie zeitnah muss die Leichenschau erfolgen?



- **Wie ist es „im echten Leben“?**
  - **Achtung - Rechtsprechung widersprüchlich:** „Ob jemand verstorben ist, kann nur der Arzt feststellen. (...) Die **Feststellung des Todes darf der Arzt daher nicht einem Laien überlassen.**“ [4] – bei unerwartetem Tod/unbekanntem P. im KV-Bereitschaftsdienst eher zügig hinfahren!
  - **„2-Stunden-Regel** – ich kann eine Leichenschau ja erst 2h nach dem Tod durchführen!?“: Sichere Todeszeichen aber bereits nach 15-20min – nach 2h aber mit Wahrscheinlichkeit von 95,5% Livores vorhanden [7]

[4] Heile B et al(Hrsgg.) (2001): Sammlung von Entscheidungen der Berufsgerichte für die Heilberufe

[7] Henßge C, Madea B (1988) Methoden zur Bestimmung der Todeszeit an Leichen. Schmidt-Römhild, Lübeck.

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Wie zeitnah muss die Leichenschau erfolgen?



- **Pragmatisches Vorgehen im ärztlichen Bereitschaftsdienst**
  - sofern **Tod noch nicht ärztlich/sicher festgestellt** auch noch **Hausbesuchstätigkeit im Rahmen des EBM/KV-Bereitschaftsdienst zulässig und abrechenbar!**
  - dafür korrekte Dokumentation notwendig, keine doppelte Abrechnung von Entfernungspauschalen!



# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis - Identifizierung der Leiche

[Bild]: [webandy/pixabay.com](https://www.pixabay.com)



# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Identifizierung der Leiche



- Reisepass/Personalausweis vorlegen lassen – eine aufwändige Umfeldsuche ist hier aber nicht erforderlich
- Zeugen befragen (Pflegepersonal, Angehörige, etc.) – Vermerk „nach Angaben von Dritten“
- entfällt bei eigenen/persönlich bekannten Patienten
- **bei fehlender Identifizierbarkeit** (fortgeschrittene Verwesung, entstellende Verletzung) **oder Zweifeln** an der Identität **immer Verständigung der Polizei!**



# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis - Definition Leiche



[Bild] Thomas Max Müller / pixelio.de



Institut für hausärztliche Fortbildung  
im Deutschen Hausärzterverband (IHf) e.V.

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Definition – was ist eine Leiche? [15]



- **Leiche:**
  - Körper eines Verstorbenen - geweblicher Zusammenhang infolge Fäulnis noch nicht aufgehoben
  - Lebendgeburt: Körper eines **Neugeborenen nach vollständigem Verlassen des Mutterleibes** (unabhängig vom Körpergewicht) **mit einem Lebenszeichen** (Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur, Atmung), das **danach verstorben** ist
  - Totgeburt: **Totgeborenes** mit einem Körpergewicht von **mindestens 500g**
  - **Kopf oder Rumpf als abgetrennte Teile** des Körpers, die nicht zusammengeführt werden können
- **Keine Leiche:**
  - Skelette oder Skelettteile
  - Totgeburten mit Gewicht < 500g

[15] Madea B, Doberenz E: Die Ärztliche Leichenschau Teil 1. CME 1-2/2020 11-17



# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis - Feststellung des Todes

[Bild] Dustin Tray/pexels.com



Institut für hausärztliche Fortbildung  
im Deutschen Hausärzteverband (IHF) e.V.

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Festlegung des Todeszeitpunktes



- nur genaue Angabe, wenn diese auch zweifelsfrei bekannt (erfolglose Reanimation, Vermerk Notarztprotokoll, erwarteter Todeseintritt bei Begleitung durch Angehörige)
- ansonsten nur Angabe Auffindezeitpunkt/Zeitpunkt der Todesfeststellung durch den Arzt/die Ärztin
  - Befragung des Umfeldes – wann zuletzt lebend gesehen?
  - Abschätzung Todeszeitpunkt (z.B. für Polizei) mittels Status der sicheren Todeszeichen - **niemals aber Grundlage für Angaben im Leichenschauschein (zu ungenau)!**



[Bild]: Free-photos/pixabay.com

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

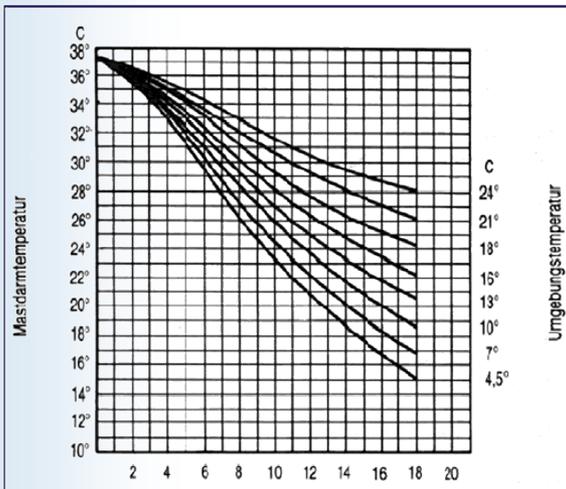
## Festlegung des Todeszeitpunktes - Anhalt



- Ausprägung der sicheren Todeszeichen – „Checkliste“ zur raschen Einordnung [aus 14]

LIVORES					
Beginn	JA	<input type="checkbox"/>	∅	< 3	<input type="checkbox"/> NEIN
Konfluktion	JA	<input checked="" type="checkbox"/>	> 1	< 4	<input type="checkbox"/> NEIN
Maximum	JA	<input type="checkbox"/>	> 3	< 16	<input checked="" type="checkbox"/> NEIN
Daumendruck	NEIN	<input type="checkbox"/>	> 1	< 20	<input checked="" type="checkbox"/> JA
RIGOR					
Beginn	JA	<input checked="" type="checkbox"/>	> 0.5	< 7	<input type="checkbox"/> NEIN
Maximum	JA	<input type="checkbox"/>	> 2	< 20	<input checked="" type="checkbox"/> NEIN

- Beispiel mit Eingrenzung: Todeszeitpunkt **mindestens 1h, höchstens 16h** zurückliegend
  - **Rektaltemperatur:**



- 2-3h Plateauphase der Temperatur, dann 0,5-1,5°/h Abfall
- Verlauf abhängig von Außentemperatur
- komplexer Onlinerechner mit Beachtung von Umgebungsfaktoren nach Madea und Henssge [7]:

<http://www.swisswuff.ch/calculators/todeszeitsnpy.php>

[14] Madea: Die ärztliche Leichenschau. 3. Auflage. Springer-Verlag.

[7] Henßge C, Madea B (1988) Methoden zur Bestimmung der Todeszeit an Leichen. Schmidt-Römhild, Lübeck.

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Todesfeststellung



- eine **Feststellung des Todes** ist **einzig durch sichere Todeszeichen möglich**:
  - **Leichenflecken (Livores)**
  - **Leichenstarre (Rigor mortis)**
  - Fäulnis
  - Tierfraß und Madenbefall
  - nicht mit dem Leben zu vereinbarende Verletzungen (Dekapitation, Hirnaustritt, etc.)

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Todesfeststellung - Livores



- **Entstehung/Pathophysiologie:**
  - **Hypostase** blutgefüllter Gewebe (Pumpleistung fehlt, passive Füllung der Blutgefäße)
  - Auflageflächen durch Auflagedruck ausgespart
  - bei stark adipösen auch an Halsvorderseite und Gesicht möglich (Lageverhältnisse)
- **Verteilung:**
  - zur Lagerung **passende Verteilung prüfen!**
  - **ventrale und dorsale Leichenflecken** als dringender Hinweis auf **postmortale Umlagerung** (bei fehlender Erklärung ungeklärte Todesart!)

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Todesfeststellung – Livores



- **Farbe der Livores:**
  - **typischerweise düsterrot bis livide-violett** (durch Sauerstoffzehrung)
  - **schwach** ausgeprägt **bei Verbluten**
  - **hellrot bei Kälte** (Reoxygenierung Kapillarblut aus Umgebungsluft durch Verschiebung O<sub>2</sub>-Bindungskurve – Nagelbett aber dunkel-violett)
  - **hellrot auch bei CO-/KCN-Intoxikation** (auch Nagelbett)

[5] Gabriel P, Huchenbeck W: Todestfeststellung: Grundregeln, Durchführung und häufige Fehler. ZFA 2009. DOI: 10.3238/zfa.2009.0460.

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Todesfeststellung - Livores



- **Zeitliche Dynamik [6]:**
  - **erstes Auftreten:** nach 15-20 Minuten (Halsregion; ab hier Leichenschau möglich – unter Betrachtung Anfahrtszeit also meist vorhanden)
  - **deutliche Ausprägung:** nach 1h
  - **Konfluieren:** nach 2h
  - **Wegdrückbarkeit:** 12h (vollständig) bis 36h (teilweise)
  - **Umlagerbarkeit:** 6h (vollständig) bis 12h (teilweise)

[6] Naeve W (1978) Gerichtliche Medizin für Polizeibeamte. Kriminalistik, Heidelberg.

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Todesfeststellung – Rigor mortis



- **Entstehung/Pathophysiologie:**
  - **ATP-Reserven aufgebraucht – „Weichmacherfunktion“ geht verloren** (Aktin-/Myosinfilamente können nicht mehr gleiten)
  - Muskulatur bleibt im Kontraktions- oder Dehnungszustand zum Todeszeitpunkt

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Todesfeststellung – Rigor mortis



- **Zeitliche Dynamik [7]:**
  - **erstes Auftreten:** nach 2-4h (Kiefergelenk)
  - **vollständige Ausprägung:** nach 6-12h
  - **Wiederauftreten nach Brechen:** nach 6-10h
  - **Spontane Lösung:** nach 48-60h
- **Prüfung immer an mind. zwei(!) Körpergelenken** – Arthrose an einem Gelenk kann als „Leichenstarre“ missgedeutet werden
- **Cave:** KKT < 30° C Kältestarre (bei "echtem" Rigor Livores obligat!)
- **Nysten-Regel zur Ausbreitung:** Kiefer - Nacken - obere Extremität - untere Extremität (Rückbildung umgekehrt)

[7] Henßge C, Madea B (1988) Methoden zur Bestimmung der Todeszeit an Leichen. Schmidt-Römhild, Lübeck.

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Todesfeststellung – Fäulnis



- **Beginn Bauchhöhle** (Durchwanderung Darmbakterien – Nähe Blinddarm)
- flächenhafte, **grünliche Hautverfärbung** – grundsätzlich an allen Körperregionen möglich (Verwechslung Hämatome!)
- Durchwanderung der Gefäße – **durchschlagendes Venennetz** (grün – braun – schwarz)
- flächenhafte **Ablösung der Oberhaut**, Fäulnisblasen und Ablösung von Haaren und Nägeln

**Bei deutlichen Fäulniszeichen in der Regel ungeklärte Todesart – zuverlässige Aussage/Untersuchung nicht möglich!**

[5]: Gabriel P, Huchenbeck W: Todestfeststellung: Grundregeln, Durchführung und häufige Fehler. ZFA 2009. DOI: 10.3238/zfa.2009.0460.



# **Leichenschau in der hausärztlichen Praxis**

-

## **Praktische Durchführung**

[Bild] Tim Reckmann/pixelio.de



Institut für hausärztliche Fortbildung  
im Deutschen Hausärzteverband (IHF) e.V.

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Durchführung der Leichenschau



- **Umfeldrecherche:**
  - Vorgehen analog 10 for 10: zunächst mal Situation „überblicken“
  - **achten auf:** Flaschen, auffällige Gegenstände, leere Medikamentenblister (auch im Abfall!), Hinweise auf Fremdeinwirkung, Türe verschlossen/offen, etc.
  - evtl. Bilddokumentation vor Veränderungen
- ggf. Helfer einspannen (Pflegekraft, Rettungsassistent, Polizist, etc.)
- **bei H.a. nicht natürlichen Tod:** dennoch ggf.  
**Entkleidung/Mobilisation zur sicheren Todesfeststellung – erst dann Untersuchung einstellen und Polizei informieren [8]!**

[8] Bestattungsgesetze der Länder

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Durchführung der Leichenschau



- **Recherche der Vorgeschichte:**
  - Einsichtnahme in Arztbriefe, Medikationsplan, Pflegedokumentation
  - Gespräch mit anwesenden Angehörigen oder Pflegekräften
- **Rücksprache mit Vorbehandler/Hausarzt:**
  - optional bei völlig unklarer Lage: Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt/dem Vorbehandler
  - letzter behandelnder Arzt ist auf Nachfrage des Leichenschauers auskunftspflichtig (gesetzliche normierte zulässige Durchbrechung der Schweigepflicht!) [14]

[14] Bay BestG Artikel 3 (2)

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Durchführung der Leichenschau



- immer zunächst komplette Entkleidung des Leichnams – Kleiderschere sinnvoll (aber Angehörige um Erlaubnis fragen)!
- Erarbeiten eines persönlichem Algorithmus
  - von Kopf bis Fuß
  - Begutachtung auch der Mundhöhle, der Gehörgänge, der Nasen vestibuli, Lidinnenseiten (Mundspatel, Pinzette, etc.)
  - Begutachtung von Vorder- und Rückseite des Körpers (Leichnam drehen)
  - am Ende auch Begutachtung von Scheide/Penis und After, Spreizung und Austastung
- bei Unsicherheit/fehlender Praxis oder außergewöhnlicher Situation mit hohem Dokumentationsbedarf: **Nutzung einer Checkliste**



# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Checkliste zur Leichenschau



Totenstarre: Kiefergelenk:  noch nicht  schwach  stark  gelöst  
 Arme/Hände:  noch nicht  schwach  stark  gelöst  
 Beine/Füße:  noch nicht  schwach  stark  gelöst  
 evtl. Begründung: \_\_\_\_\_

Urinabgang:  ja /  nein      Kotabgang:  ja /  nein  
 Ernährungszustand:  adipös  gut  ausreichend  schlecht  kachektisch  
 Pflegezustand:  sehr gut  gut  ausreichend  schlecht  verwahrlost  
 Dekubitus(-i):  nein  ja; Lokalisation: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_  
 Schädeldach:  kompakt  abnorm beweglich  Knochenreiben  
 Kopfschwarte:  unverletzt  verletzt ggf. Lokalisation: \_\_\_\_\_  
 Gesichtshaut (ggf. Farbe/ Auffälligkeiten): \_\_\_\_\_  
 Augen:  geschlossen  offen      Punktblutungen:  nein  ja  
 Pupillen:  anisokor  isokor  eng  mittelweit  weit  
 Nase: Skelett  intakt  abnorm beweglich      Abrinnspuren:  ja  nein  
 Blutungen:  nein /  ja      Verlauf: \_\_\_\_\_  
 Schaumpilz:  nein /  ja  
 Ohren: Blutungen:  nein /  ja; rechts / links \_\_\_\_\_ aus / hinter \_\_\_\_\_  
 Abrinnspuren:  nein /  ja      Verlauf: \_\_\_\_\_  
 Mund:  geschlossen /  offen /  hochgebunden      Schaumpilz:  ja  nein  
 Mundhöhle:  frei  Fremdinhalt: \_\_\_\_\_  
 Gebiß: \_\_\_\_\_      Blutungen:  ja  nein  
 Abrinnspuren:  nein /  ja; Verlauf: \_\_\_\_\_  
 Lippeninnenseite:  verletzt  unverletzt      Ätzspuren:  ja /  nein  
 Zunge:  hinter  zwischen den Zähnen  verletzt /  unverletzt  
 Hals: abnorm beweglich:  ja  nein  
 Strangulationsfurchen:  ja  nein      Würgemale:  ja /  nein

Thorax: \_\_\_\_\_  
 Abdomen: \_\_\_\_\_  
 Rücken: \_\_\_\_\_  
 Genitale: \_\_\_\_\_  
 After: \_\_\_\_\_  
 Extremitäten: \_\_\_\_\_

Sonstige Besonderheiten (bzgl. Leiche, Umgebung, Angehörige):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

[9] IRM München.  
[https://www.rechtsmedizin.med.uni-muenchen.de/service/downloads/protok\\_leiche\\_pdf.pdf](https://www.rechtsmedizin.med.uni-muenchen.de/service/downloads/protok_leiche_pdf.pdf)



# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

-

## Todesursache, Todesart – was nun?

[Bild] pixabay/pexels.com



Institut für hausärztliche Fortbildung  
im Deutschen Hausärzteverband (IHf) e.V.

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Todesursache ≠ Todesart



- häufig Vermischung der beiden Begriffe
- bei aus medizinischer Sicht nicht sicher zu klärender Todesursache eines natürlichen Todes liegt juristisch trotzdem eine natürliche Todesart vor [9]
- eine mangelnde Aufklärung der eindeutigen medizinischen Todesursache rechtfertigt für sich allein noch nicht die Annahme eines nicht natürlichen Todes [9]

[9] Staatsanwaltschaft Stuttgart, Staatsanwaltschaft Tübingen, Polizeipräsidium Reutlingen: Merkblatt für Ärzte zum Verhalten bei ungeklärter Todesart und nicht natürlichen Todesfällen



# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

-

## Ermittlung der Todesursache

[Bild] Gustavo Fring/pexels.com



Institut für hausärztliche Fortbildung  
im Deutschen Hausärzterverband (IHf) e.V.

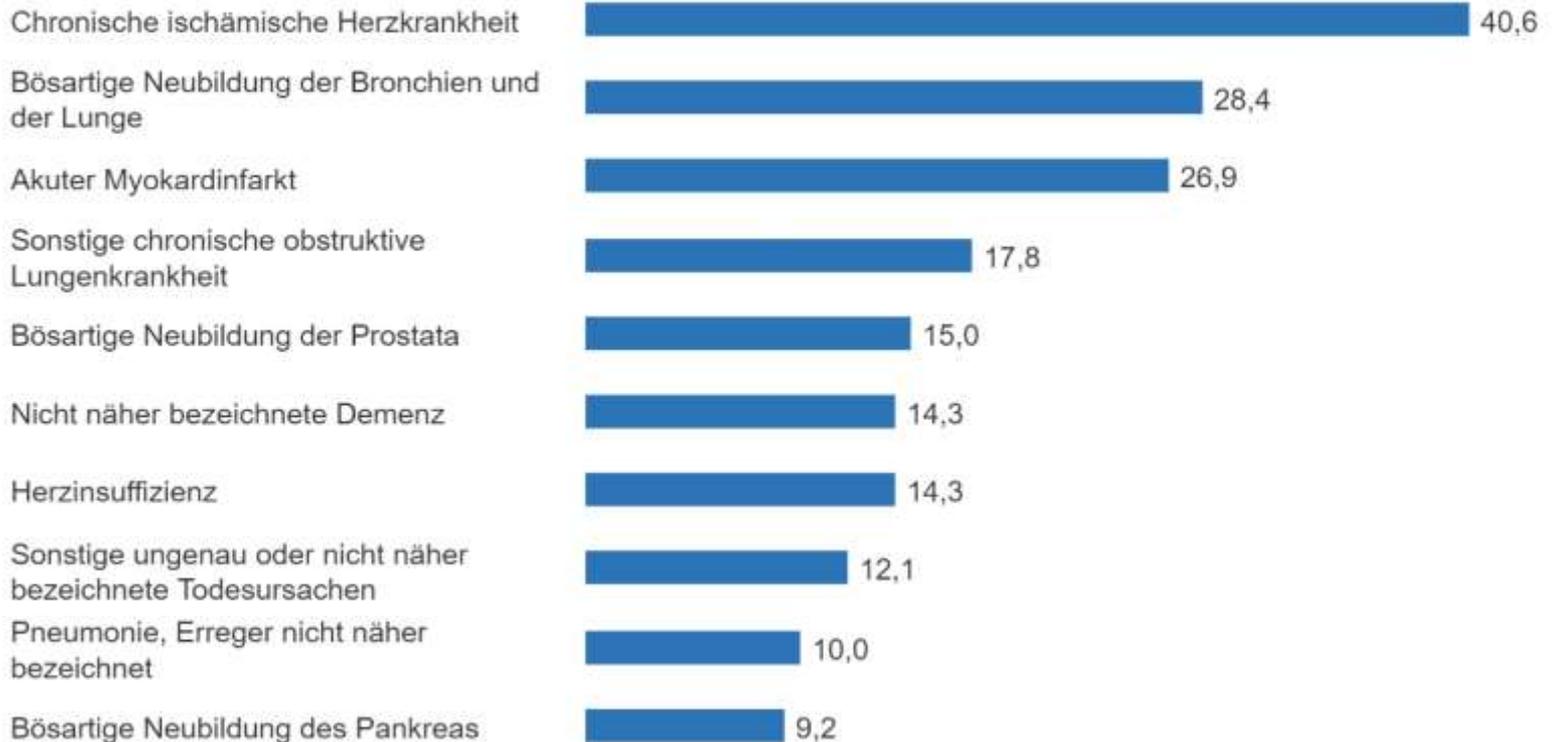
# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Todesursachenstatistik in Deutschland



### Häufigste männliche Todesursachen 2018

in Tausend



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2020

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Todesursachenstatistik in Deutschland



Häufigste weibliche Todesursachen 2018

in Tausend

Chronische ischämische Herzkrankheit

Nicht näher bezeichnete Demenz

Herzinsuffizienz

Bluthochdruck und Vorhofflimmern

Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet

16,4

15,0

13,9

9,8

**>50% sterben nicht in Krankenhäusern [11] -  
Datengrundlage bildet unsere (oft klinische)  
Diagnose auf dem Leichenschauschein!**

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2020

[11] Bertelsmann-Stiftung: Sterbeort Krankenhaus – Regionale Unterschiede und Einflussfaktoren

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Todesursachenstatistik – Obduktionen



- alleine Obduktionen könnten die Qualität der Todesursachenstatistik dtl. verbessern
- **Exkurs Österreich [12]:**
  - **alle** im KH Verstorbenen **bei diagnostischer Unklarheit** des Falles werden obduziert (keine Einwilligung nötig)
  - **außerhalb von KH Verstorbene bei diagnostischer Unklarheit** nach behördlicher Anordnung (keine Einwilligung nötig)
  - Kosten trägt i.d.R. die öffentliche Hand
  - **Obduktionsquote** in Österreich 2007: **19,4% aller Verstorbenen**

[12] Leitner B: Todesursachenstatistik und Obduktionen. Österreichische Ärztezeitung vom 10. Mai 2009

[13] Dtsch Arztebl Int 2010; 107(33): 575–88

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Todesursachenstatistik – Obduktionen



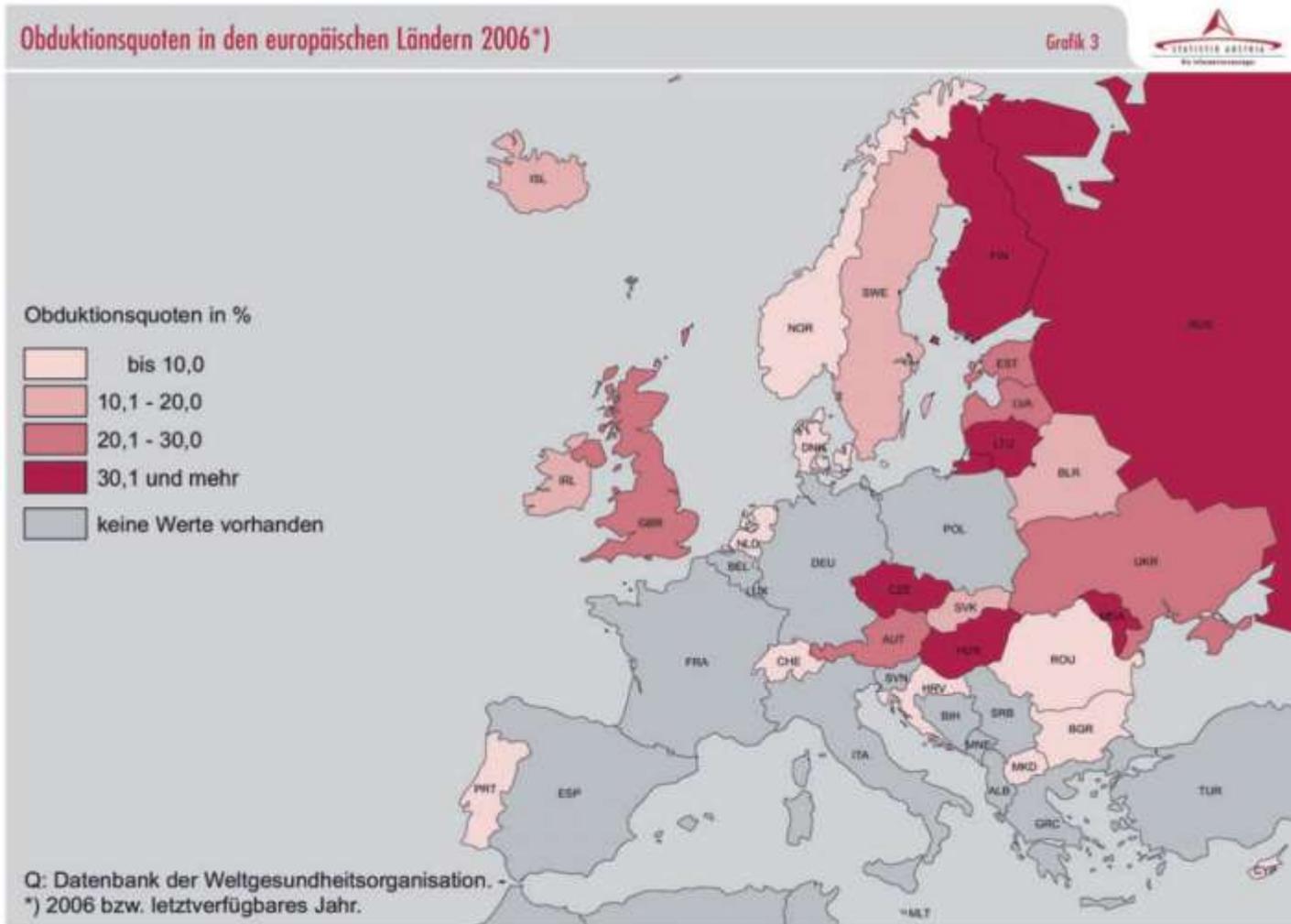
**Obduktionsquote in Deutschland:  
≤ 5 % [13]**

[12] Leitner B: Todesursachenstatistik und Obduktionen. Österreichische Ärztezeitung vom 10. Mai 2009

[13] Dtsch Arztebl Int 2010; 107(33): 575–88

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Todesursachenstatistik - Obduktionen



[Grafik] aus Leitner B: Todesursachenstatistik und Obduktionen. Österreichische Ärztezeitung vom 10. Mai 2009

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Ermittlung der Todesursache



- Todesursache = **Medizinische Klassifikation der Umstände des Todeseintritts**
- **Ermittlung und anschließende Zusammenschau von**
  - **anamnestisch objektivierbaren Daten:** vorliegende Arztbriefe, Medikationsplan, Medikamentenschachteln, eigene Kenntnis, etc.
  - **Angaben von Dritten:** Angehörige, Vorbehandler, Zeugen
  - **Untersuchungsbefunden** der Leichenschau

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Formelle Regeln zur Ermittlung der Todesursache



- Ziel der Leichenschau: Angabe als nosologische Kausalkette („A als Folge von B bei der Grundkrankheit C“)

Nachdruck, Nachnahme, Kopieren und elektronische Speicherung verboten!

Nähere Beschreibung	Zeildauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
<b>4. Todesursache/Klinischer Befund</b>		
Bitte nur eine Todesursache pro Feld; nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislauf-Versagen, Kachexie usw.		
I. Unvermeidbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache <i>Ösophagusvarizenblutung</i>	
Vorangegangene Ursachen: Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, und ursprüngliche Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) als Folge von <i>Pfortaderstauung</i>	
II. Andere wesentlichen Krankheiten: Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang stehen	c) als Folge von (Grundleiden) <i>Leberzirrhose</i>	
<b>5. Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache</b>		
Z.B. bei Unfall, Vergiftung, Gewalteinwirkung. <i>Causes of death bei Kriminalstrafen markieren</i>		
Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang)		

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Formelle Regeln zur Ermittlung der Todesursache



- **Ziel der Leichenschau: Angabe als nosologische Kausalkette („A als Folge von B bei der Grundkrankheit C“)**
- **bei Multimorbidität (z.B. COPD mit Cor pulmonale und KHK mit Herzinsuffizienz) eindeutige Kausalkette oft nicht möglich**
- **bei fehlender Grundkrankheit als Ursache nur Abschnitt Ia ausfüllen**

*Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten!*

Nähere Beschreibung		Zeitraum zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
<b>4. Todesursache/Klinischer Befund</b>			
Bitte nur eine Todesursache pro Feld; nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislauf-Versagen, Kachexie usw. eintragen			
I. Unvermeidbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache <i>Schädel-Hirn-Durchschuss</i>		
Vorangegangene Ursachen: Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, und ursprüngliche Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) als Folge von -		
II. Andere wesentlichen Krankheiten: Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang stehen	c) als Folge von (Grundleiden) -		
	<i>Diabetes Mellitus II, KHK, Hypertonie</i>		
<b>5. Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache</b>			
Außere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang)			
Z.B. bei Unfall, Vergiftung, Gewalteinwirkung			

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Formelle Regeln zur Ermittlung der Todesursache



- **Ziel der Leichenschau: Angabe als nosologische Kausalkette** („A als Folge von B bei der Grundkrankheit C“)
- **bei Multimorbidität** (z.B. COPD mit Cor pulmonale und KHK mit Herzinsuffizienz) **eindeutige Kausalkette oft nicht möglich**
- **bei fehlender Grundkrankheit** als Ursache **nur Abschnitt Ia** ausfüllen
- Todesursachenstatistik basiert auf Todesbescheinigung (nur das **Grundleiden geht in Statistik** ein) – besser „Todesursache ungeklärt“ als Spekulationen [10]
- **Keine nichtssagenden „Endzustände“ als Todesursachen [10]:** Herz-Kreislaufstillstand, Altersschwäche, Herzversagen, etc.
- **Ausnutzen des ICD-10-Abschnitts R96-98 als Option für Ia:**
  - **R96.0 Plötzlicher Tod unbekannter Ursache** (oder nat. Tod unkl. Urs.)
  - R96.1 Tod unbekannter Ursache innerhalb 24h nach Beginn der Symptome
  - R98 Unbeobachteter Tod unbekannter Ursache

[10] Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): Todesursachen in der Todesbescheinigung – Eine kurze Anleitung.

<https://www.dimdi.de/static/.downloads/deutsch/totenscheinanleitung.pdf>

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## ICD-Codes für unklare Todesursachen



Tab. 8-2 Ungenau bezeichnete und unbekannte Todesursachen<sup>1</sup> (R95–R99) (nach ICD-10-WHO Version 2013)

Nr.	Todesursache	Zusatzinformationen
R95	<b>plötzlicher Kindstod</b>	inklusive: • sudden infant death syndrome (SIDS)
R95.0	<i>plötzlicher Kindstod mit Angabe einer Obduktion</i>	
R95.9	<i>plötzlicher Kindstod ohne Angabe einer Obduktion</i> plötzlicher Kindstod ohne nähere Angaben	
R96	<b>sonstiger plötzlicher Tod unbekannter Ursache</b>	exklusiv: • plötzlicher Herztod, so bezeichnet (I46.1) • plötzlicher Kindstod (R95)
R96.0	<i>plötzlich eingetretener Tod</i> plötzlicher ungeklärter Tod beim Erwachsenen	exklusiv: • plötzlicher Tod bekannter Ursache (A00.0-Q99.9, U04.9, V01.0-Y89.9)
R96.1	<i>Todeseintritt innerhalb von weniger als 24 Stunden nach Beginn der Symptome, ohne anderweitige Angabe</i> Tod, der nachweislich weder gewaltsam noch plötzlich eintrat und dessen Ursache nicht festgestellt werden kann Tod ohne Anhalt für eine Krankheit	
R98	<b>Tod ohne Anwesenheit anderer Personen</b>	inklusive: • aufgefundene Leiche • aufgefundener Toter, dessen Todesursache nicht festgestellt werden konnte
R99	<b>sonstige ungenau oder nicht näher bezeichnete Todesursachen</b>	inklusive: • Tod ohne nähere Angaben • unbekannte Todesursache

<sup>1</sup> exklusiv: Fetal Tod nicht näher bezeichneter Ursache (P95); Tod während der Gestationsperiode ohne nähere Angaben (O95)

[aus 15]: Hammer U, Büttner A: Leichenschau. Differenzialdiagnostik häufiger Befunde. 2014. Schattauer-Verlag.

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Von der Ursache zur Kausalkette



- Vier „Sterbenstypen“ als thanatologische Brücke zwischen Grundleiden und Todesursache [11]:
  - **linearer Sterbenstyp:** Grundleiden und Todesursache in einem Organsystem begründet – organtypische Todesursache



[11] Thieke Ch, Nizze H (1988) Sterbenstypen: Thanatologische Brücke zwischen Grundleiden und Todesursache. Pathologie 9: 240–244.

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Linearer Sterbenstyp - Leichenschauschein



**4. Todesursache/Klinischer Befund**  
Bitte nur eine Todesursache pro Feld; nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislauf-Versagen, Kachexie usw. eintragen

		Zieldauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I. Unvermeidbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache <i>Perikardtamponade</i>	<i>ca. 30min</i>	
Vorangegangene Ursachen: Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeiführt haben, und ursprüngliche Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) als Folge von <i>Myokardinfarkt</i>	<i>ca. 6h</i>	
	c) als Folge von (Grundleiden) <i>Stenosierende KHK</i>	<i>10 Jahre</i>	
II. Andere wesentlichen Krankheiten: Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang stehen	<i>Diabetes Mellitus II, COPD</i>		
	<i>Hypertonie</i>		

**5. Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache**

1. Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten

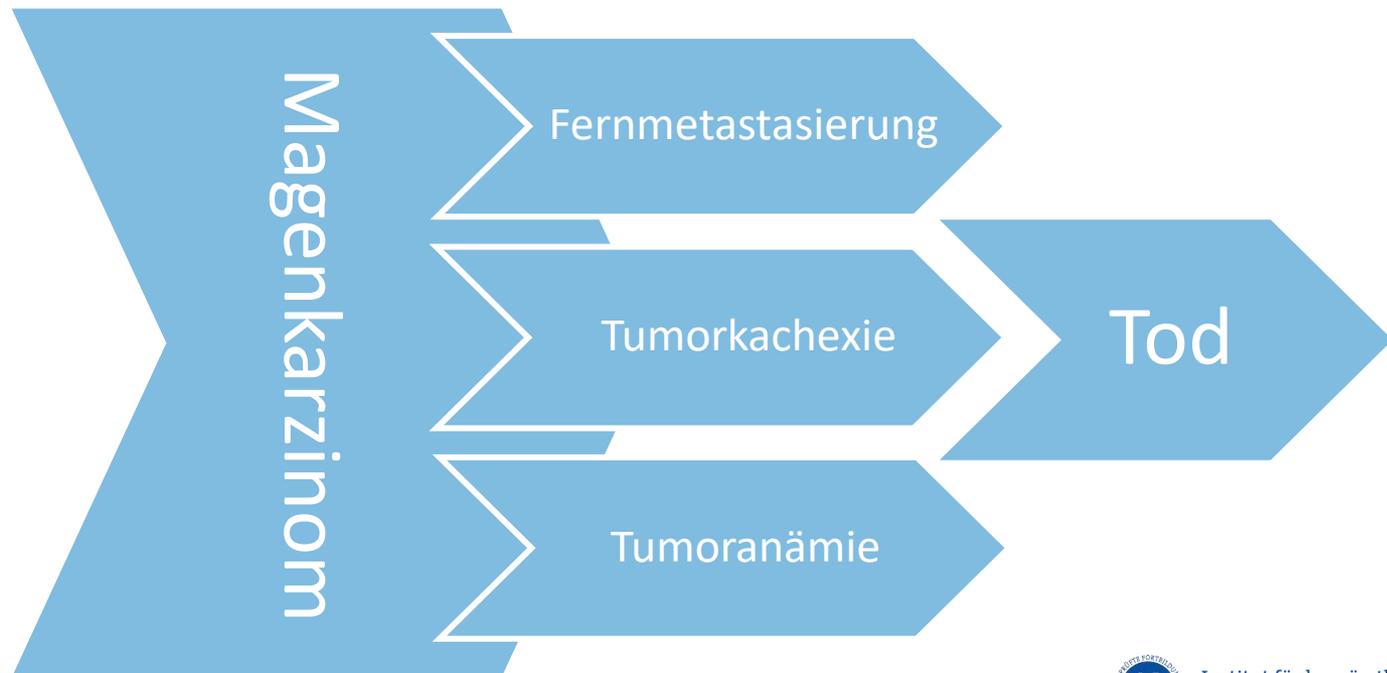
2. ICD-Code (siehe die Tabelle auf S. 10 des Handbuchs über den Leichenschauschein)

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Von der Ursache zur Kausalkette



- Vier „Sterbenstypen“ als thanatologische Brücke zwischen Grundleiden und Todesursache [11]:
  - **divergierender Sterbenstyp:** organspezifisches Grundleiden führt über Folgeschäden in verschiedenen anderen Organsystemen zum Tod (z.B. Karzinom)



# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Divergierender Sterbenstyp - Leichenschauschein



**4. Todesursache/Klinischer Befund**  
Bitte nur eine Todesursache pro Feld; nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislauf-Versagen, Kachexie usw. eintragen

Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten!

		Zeildauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I. Unvermeidbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache <i>Natürlicher Tod unkl. Urs.</i>	-	
Vorangegangene Ursachen: Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, und ursprüngliche Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) Folge von <i>Femmetast., Tu-Anämie und -kachexie</i>	9 Monate	
II. Andere wesentlichen Krankheiten: Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang stehen	c) als Folge von (Grundleiden) <i>Magenkarzinom</i>	9 Monate	

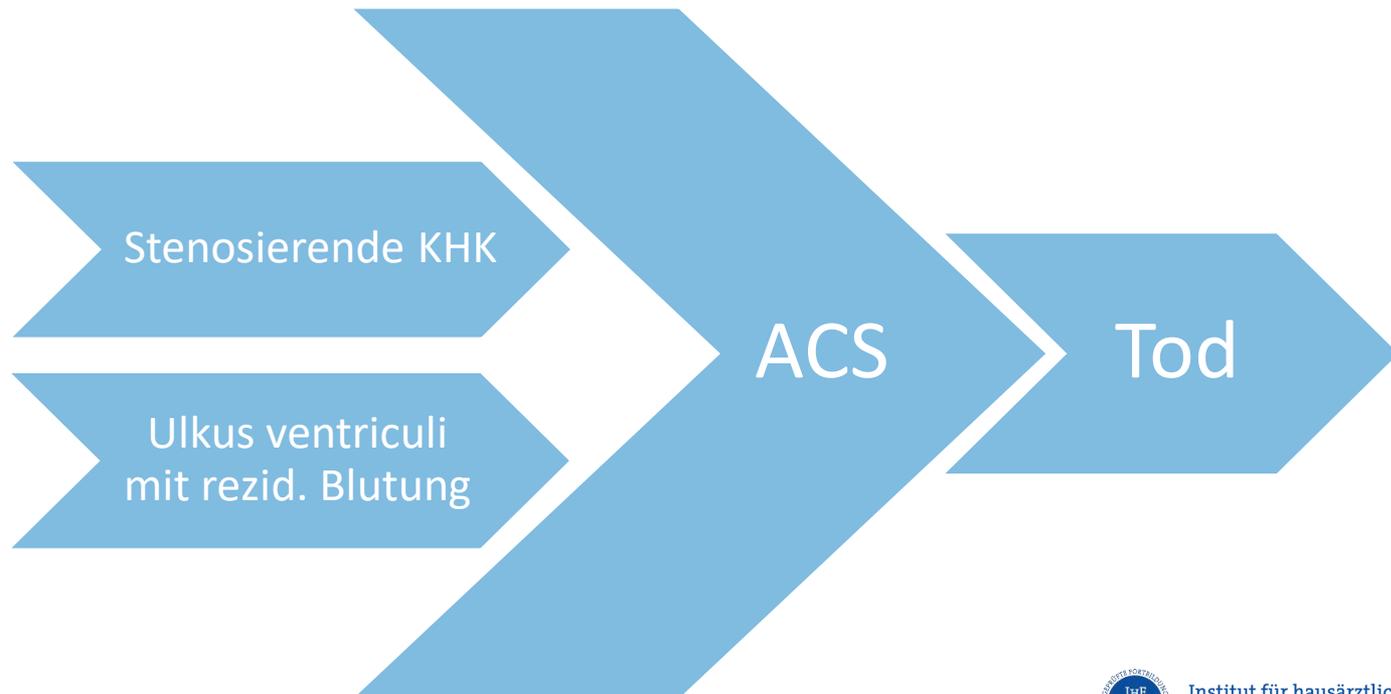
**5. Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache**

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Von der Ursache zur Kausalkette



- Vier „Sterbenstypen“ als thanatologische Brücke zwischen Grundleiden und Todesursache [11]:
  - **konvergierender Sterbenstyp:** mehrere Grunderkrankungen in versch. Organsystemen führen über gemeinsame pathogenetische Endstrecke zum Tod



# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Konvergierender Sterbenstyp - Leichenschauschein



**Nähere Beschreibung**

**4. Todesursache/Klinischer Befund**  
Bitte nur eine Todesursache pro Feld; nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislauf-Versagen, Kachexie usw. eintragen

		Zeiddauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I. Unvermeidbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache <b>Akutes Koronarsyndrom</b>	<b>Minuten</b>	
Vorangegangene Ursachen: Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, und ursprüngliche Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) als Folge von -	-	
II. Andere wesentlichen Krankheiten: Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang stehen	c) als Folge von (Grundleiden) <b>stenos. KHK; Ulkus ventr. m. Blutung/Anämie</b>	<b>5 Jahre ; 3 Wochen</b>	

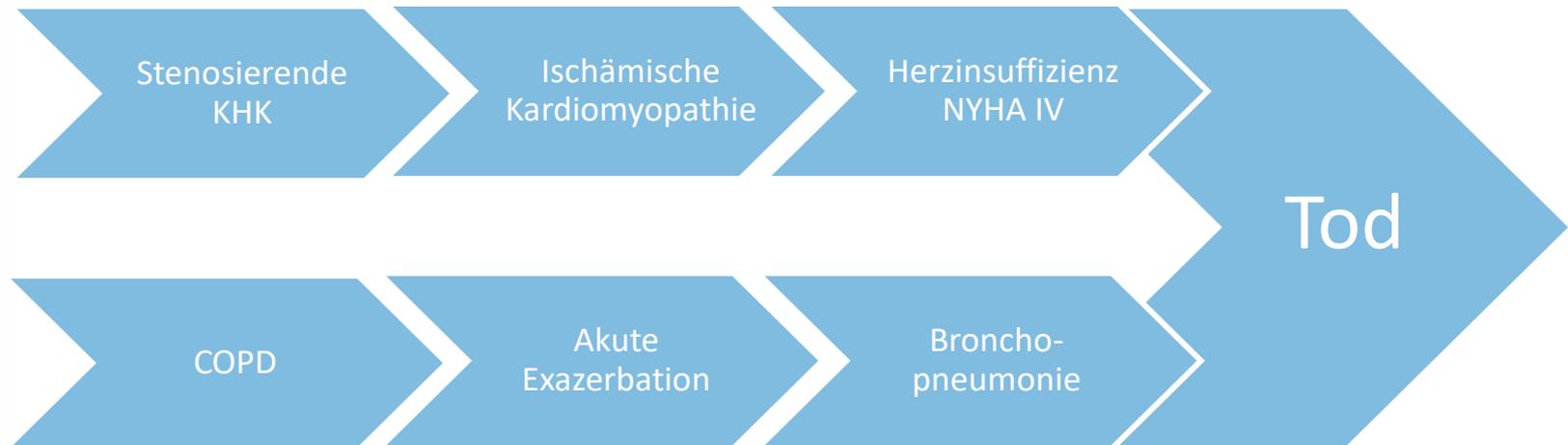
**5. Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache**  
Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang)

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Von der Ursache zur Kausalkette



- Vier „Sterbenstypen“ als thanatologische Brücke zwischen Grundleiden und Todesursache [11]:
  - **komplexer Sterbenstyp:** mehrere Grunderkrankungen in versch. Organsystemen führen durch mehrere organspezifische Folgeschäden gemeinsam zum Tod



[11] Thieke Ch, Nizze H (1988) Sterbenstypen: Thanatologische Brücke zwischen Grundleiden und Todesursache. Pathologe 9: 240–244.

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Komplexer Sterbenstyp - Leichenschauschein



**Nähere Beschreibung**

**4. Todesursache/Klinischer Befund**

Bitte nur eine Todesursache pro Feld; nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislauf-Versagen, Kachexie usw. eintragen

		Zeildauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I. Unvermeidbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache <i>Natürlicher Tod unklarer Ursache</i>	-	
Vorangegangene Ursachen: Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, und ursprüngliche Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) als Folge von -	-	
II. Andere wesentlichen Krankheiten: Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang stehen	c) als Folge von (Grundleiden) <i>stenos. KHK; COPD</i>	<i>5 Jahre; 10 Jahre</i>	

**5. Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache**

7.9. bei Unfall, Mord, Vergiftung, Gewalttätigkeiten: Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang)

Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten!

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Von der Ursache zur Kausalkette



- Vier „Sterbenstypen“ als thanatologische Brücke zwischen Grundleiden und Todesursache [11]:
  - **linearer Sterbenstyp:** Grundleiden und Todesursache in einem Organsystem begründet – organtypische Todesursache
  - **divergierender Sterbenstyp:** organspezifisches Grundleiden führt über Folgeschäden in verschiedenen anderen Organsystemen zum Tod (z.B. Karzinom)
  - **konvergierender Sterbenstyp:** mehrere Grunderkrankungen in versch. Organsystemen führen über gemeinsame pathogenetische Endstrecke zum Tod
  - **komplexer Sterbenstyp:** mehrere Grunderkrankungen in versch. Organsystemen führen durch mehrere organspezifische Folgeschäden gemeinsam zum Tod

[11] Thieke Ch, Nitze H (1988) Sterbenstypen: Thanatologische Brücke zwischen Grundleiden und Todesursache. Pathologe 9: 240–244.

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Festlegung der Todesart – **natürlicher Tod**



- kein Hinweis auf von außen beeinflussbares Geschehen **und**
- **anamnestisch** ausreichender **Hinweis für mindestens ein Grundleiden** oder ein Erkrankungsmuster, **das zum Tod führen kann**

[9] Staatsanwaltschaft Stuttgart, Staatsanwaltschaft Tübingen, Polizeipräsidium Reutlingen: Merkblatt für Ärzte zum Verhalten bei ungeklärter Todesart und nicht Natürlichen Todesfällen

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Festlegung der Todesart – ungeklärt



- bei **ausgeprägten postmortalen Veränderungen**, die eine äußerliche Begutachtung erschweren/unmöglich machen
- bei **verdächtigen Auffindsituationen** (Badewanne, Sauna, Kühlhaus, Unfallsetting, etc.)
- **bei eigener Beteiligung** (vorangehend stattgehabte Infusion, Injektion, etc.): möglicher Tod im Zusammenhang mit einer Behandlung und nicht infauster Prognose
- **Zusammenfassung [9]:**
  - keine Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod erkennbar
  - Todesursache nicht bekannt **und**
  - **trotz sorgfältiger Untersuchung und Einbeziehung der Vorgeschichte keine konkreten Befunde einer lebensbedrohlichen Krankheit vorhanden**
  - **somit keine plausible Erklärung unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren (Unfall, etc.)**

[9] Staatsanwaltschaft Stuttgart, Staatsanwaltschaft Tübingen, Polizeipräsidium Reutlingen: Merkblatt für Ärzte zum Verhalten bei ungeklärter Todesart und nicht Natürlichen Todesfällen

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Festlegung der Todesart – **nicht natürlich**



- Hinweis auf Suizid oder Fremdeinwirkung
- Abschiedsbrief vorhanden
- sichtbare Einbruchspuren, durchwühlte Wohnung
- Hinweis auf mittelbare Unfallfolge:
  - Schenkelhalsbruch – Lungenembolie
  - Verkehrsunfall vor 10 Jahren – Epilepsie – Erstickung im epileptischen Anfall
  - **Benennung auf dem Todesschein ist Grundlage für Zahlungen einer vorhandenen Unfallversicherung!**

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Festlegung der Todesart – **nicht natürlich**



- **besondere Beurteilung ist bei Todesfällen nach/unter ärztlicher Behandlung notwendig:**
  - wenigstens **entfernte Anhaltspunkte für ärztlichen Kunstfehler vorhanden** (Exitus in tabula aber schicksalhaft und „natürlich“ – Risiko der Grunderkrankung wird durch OP-Risiko perpetuiert [10])
  - **Anhaltspunkte für sonstiges Verschulden** des behandelnden Personals (fehlende Einwilligung/Aufklärung des Verstorbenen)

[10] Meyer-Goßner/Schmidt: Kommentar zur StOP, § 159 StOP, C.H. Beck 2018

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Notwendigkeit zur Alarmierung der Polizei



- bei Anhaltspunkten für einen "nicht natürlichen Tod"
- bei "Todesart ungeklärt"
- wenn es sich um **die Leiche einer unbekanntes (d.h. nicht identifizierten) Person** handelt



# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Abrechnung der Leichenschau nach GOÄ



- seit 2020 erstmals angemessene Vergütung/Kalkulation der Leichenschautätigkeit
- Neu: Unterscheidung einer
  - vorläufigen Leichenschau mit Ausstellung einer vorläufigen Todesbescheinigung (100 GOÄ – betrifft eigentlich nur den Notarztdienst)
  - eingehenden Leichenschau mit Ausstellung einer Todesbescheinigung (101 GOÄ)

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Abrechnung der Leichenschau - Grundziffern



Ziffer	Legende/Leistungsinhalt	Zeitansatz	Ertrag
100	<b>Vorläufige Leichenschau:</b> Untersuchung eines Toten, <b>Ausstellung einer vorläufigen Todesbescheinigung</b> , ggf. einschließlich Aktenstudium und Einholung von Auskünften bei Angehörigen, vorbehandelnden Ärzten, Krankenhäusern und Pflegediensten, ggf. <b>einschließlich Aufsuchen</b>	Dauer 10-20min	€66,31 (0,6-fach)
		Dauer > 20min	€110,51
101	<b>Eingehende Leichenschau:</b> Untersuchung eines Toten, <b>Ausstellung einer Todesbescheinigung</b> einschließlich <b>Angaben zu Todesart und -ursache</b> , ggf. einschließlich Aktenstudium und Einholung von Auskünften bei Angehörigen, vorbehandelnden Ärzten, Krankenhäusern und Pflegediensten, <b>ggf. einschließlich Aufsuchen</b>	Dauer 20-40min	€99,46
		Dauer > 40min	€165,77

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Abrechnung der Leichenschau – Zuschläge



Ziffer	Legende/Leistungsinhalt	Zeitansatz	Ertrag
<b>102</b>	<b>Zuschlag bei einer Leiche mit einer dem Arzt unbekanntem Identität und/oder besonderen Todesumständen (zusätzliche Dauer ≥ 10 Min.)</b>	10min	€27,63
<b>F</b>	Zuschlag für Zeit zwischen <b>20:00-22:00 Uhr</b> oder <b>6:00-8:00 Uhr</b>	-	€15,15
<b>G</b>	Zuschlag für Zeit <b>zwischen 22:00 und 06:00 Uhr</b>	-	€26,23
<b>H</b>	Zuschläge für <b>Samstage, Sonn- und Feiertagen</b> (kombinierbar mit F oder G)	-	€19,82
<b>Wegegeld</b>	Je nach Entfernung nach §8 GOÄ (ab 25km Reiseentschädigung gem. §9 GOÄ mit Grundpauschale und Kilometerpauschale)	-	€3,58 - €25,56
<b>L-Schein</b>	Auslage für den Leichenschauschein		ca. €1,50

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Kausalkette im Leichenschauschein - Beispiele



- Fall 1: Mann, 47 Jahre, keine bekannten Grunderkrankungen. Am 24.10. mit Notarzt Einlieferung ins Krankenhaus, akuter Hinterwandinfarkt. Am 25.10. Versterben im Kammerflimmern, Rekanalisation erfolglos.

Nähere Beschreibung

4. Todesursache/Klinischer Befund  
Bitte nur eine Todesursache pro Feld; nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislauf-Versagen, Kachexie usw.

		Zeildauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I. Unvermeidbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache <b>Akuter Myokardinfarkt</b>	<b>1 Tag</b>	
Vorangegangene Ursachen: Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, und ursprüngliche Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) als Folge von -	-	
II. Andere wesentlichen Krankheiten: Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang stehen	c) als Folge von (Grundleiden) -	-	

5. Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache  
Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang)

Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten!

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Kausalkette im Leichenschauschein - Beispiele



- Fall 2: 18 Monate altes Kleinkind, seit 3 Wochen an Masern erkrankt mit typischem Verlauf. Seit 1 Woche nun schwere Pneumonie, die letztlich über eine respiratorische Insuffizienz zum Tod führt.

Nachdruck, Nachzahlung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten!

Nähere Beschreibung		Zeildauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
<b>4. Todesursache/Klinischer Befund</b>			
Bitte nur eine Todesursache pro Feld; nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislauf-Versagen, Kachexie usw. eintragen			
I. Unvermeidbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache <b>Pneumonie</b>	<b>1 Woche</b>	
Vorangegangene Ursachen: Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, und ursprüngliche Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) als Folge von <b>Masern</b>	<b>3 Wochen</b>	
II. Andere wesentlichen Krankheiten: Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang stehen	c) als Folge von (Grundleiden)		
<b>5. Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache</b>			
Z.B. bei Unfall: Verletzung: Gewalteinwirkung		Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang)	

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Kausalkette im Leichenschauschein - Beispiele



- Fall 3: 45jähriger Mann stirbt im Rahmen einer dekompensierten Mitralklappeninsuffizienz. Mit 25 Jahren litt er an einer MK-Endokarditis bei rheumatischem Fieber.

*Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten!*

Nähere Beschreibung		Zeildauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
<b>4. Todesursache/Klinischer Befund</b>			
Bitte nur eine Todesursache pro Feld; nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislauf-Versagen, Kachexie usw. eintragen			
I. Unvermeidbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache <b>Mitralklappeninsuffizienz</b>	<b>6 Monate</b>	
Vorangegangene Ursachen: Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, und ursprüngliche Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) als Folge von <b>Endokarditis (Mitralkl.)</b>	<b>20 Jahre</b>	
II. Andere wesentlichen Krankheiten: Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang stehen	c) als Folge von (Grundleiden) <b>Z.n. rheumatisches Fieber</b>	<b>20 Jahre</b>	
<b>5. Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache</b>			
Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang)			

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Kausalkette im Leichenschauschein - Beispiele



- Fall 4: 41-jährige Patientin verstirbt an einer Pneumonie. Nach einem Narkosezwischenfall vor vier Jahren war sie ein Pflegefall mit apallischem Syndrom.

**4. Todesursache/Klinischer Befund**  
Bitte nur eine Todesursache pro Feld; nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislauf-Versagen, Kachexie usw.

Todesursache		Zieldauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I. Unvermeidbar zum Tode führende Krankheit	<b>Pneumonie</b>	1 Woche	
II. Vorangegangene Ursachen: Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, und ursprüngliche Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	<b>Apallisches Syndrom</b>	4 Jahre	
III. Andere wesentlichen Krankheiten: Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang stehen	<b>Narkosezwischenfall</b>	4 Jahre	

**5. Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache**  
Auf dem Umkreis der Schädigung (Angaben über den Vorgang)  
Bei Vergiftung Angabe des Mittels

**Narkosezwischenfall bei CCE-OP 2015**

Z.B. bei Unfall, Vergiftung, Gasauswirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlungen		Verkehrsunfall		Sonstiger Unfall	
Unfallkategorie (bitte nur Untergruppe ankreuzen)		Schuldanfall (ohne Wegeunfall)		Arbeits- u. Dienstunfall (o. Wegeunfall)	
Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen		Näuslicher Unfall		Sport- und Spielunfall nicht in Haus o. Schule	
Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind		Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Länge bei Geburt <input type="text"/> cm	
Bei Frauen		Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche <input type="text"/>		Lebensdauer in vollen Stunden <input type="text"/> Stunden	
Liegt eine Schwangerschaft vor?		ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/>		Geburtsgewicht <input type="text"/> g	
Erfolgte in den letzten drei Monaten eine Entbindung: eine Interuptio, ein Abort?		ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/>		unbekannt <input type="checkbox"/>	

**6. Todesart (bitte nur eine Alternative ankreuzen und die Entscheidungsgründe kurz dokumentieren)**  
ja und nein mögliche folgende Befunde oder anamnestische Tatsachen

Natürlicher Tod	<input type="checkbox"/>
Anfallsplunkte für nicht natürlichen Tod	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Narkosezwischenfall bei Operation 2015 als Ursache der Bettlägerigkeit!</b>

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Kausalkette im Leichenschauschein - Beispiele



- Fall 5: 74-jährige Patientin stürzt zu Hause und erleidet eine SH-Fraktur. Seit einem Apoplex vor 2 Jahren hat sie eine Hemiparese. Durch die Bettlägerigkeit bekommt Sie eine Lungenembolie.

4. Todesursache/Klinischer Befund		Zeitraum zwischen Beginn der Krankheit und Tod		ICD-Code	
Bitte nur eine Todesursache pro Feld; nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislauf-Versagen, Kachexie usw. eintragen					
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit	als unmittelbare Todesursache	1 Tag			
Vorangegangene Ursachen: Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, und ursprüngliche Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	als Folge von	1 Monat			
II. Andere wesentlichen Krankheiten: Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang stehen	als Folge von (Grundleiden)	1 Monat			
		2 Jahre			
<b>5. Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache</b>					
Z.B. bei Unfall, Vergiftung, Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlungen		Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang)			ICD-Code
Unfallkategorie (bitte nur Untergruppe ankreuzen)		Häuslicher Sturz 2018			Verkehrsunfall Sonderer Unfall
Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen		Schulunfall (ohne Wegeunfall)		Arbeits- u. Dienstunfall (o. Wegeunfall)	
Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind		Mehrlingsgeburt		Länge bei Geburt	
Bei Frauen		Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche		Geburtsgewicht	
		Liegt eine Schwangerschaft vor?		Stunden	
		Erfolgte in den letzten drei Monaten eine Einbindung, eine Interruption, ein Abort?		unbekannt	
<b>6. Todesart (bitte nur eine Alternative ankreuzen und die Entscheidungsgründe kurz dokumentieren)</b>					
Natürlicher Tod		ja, und zwar wegen folgender Befunde oder anamnestischer Tatsachen			
Anfallsperiode für nicht natürlichen Tod		ja, und zwar: Häuslicher Sturz mit Fraktur als Immobilisationsursache!			

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Exkurs – Gewinnung von Leichenblut



- seltener Fall mit Beauftragung durch die Polizei
- Asservierung meist zur Bestimmung der Blutalkoholkonzentration (BAK)
- Punktion sollte in der Leiste erfolgen (BAK im Herzblut durch postmortale Diffusion beeinflusst)

# Leichenschau in der hausärztlichen Praxis

## Exkurs – Gewinnung von Leichenblut



- zunächst Punktionsversuch Leistengefäße transkutan
- falls dies nicht erfolgreich Inzision und Eröffnung mit Schnittführung entlang entlang Leistenbeugefalte
- meist nur Serum asservierbar (Festbestandteile schon geclottet)



LUDWIG-  
MAXIMILIANS-  
UNIVERSITÄT  
MÜNCHEN

Protokoll zur Durchführung der  
**Ärztlichen Leichenschau**  
(Beispielvorlage Institut f. Rechtsmedizin)



Verständigung am: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 201\_\_ um \_\_\_\_\_ h durch: \_\_\_\_\_

Auftrag von: \_\_\_\_\_ Anwesende Streife: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Name d. Verst.: \_\_\_\_\_, Geb.name: \_\_\_\_\_

Vorname(n): \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Wohnung: \_\_\_\_\_

Straße PLZ Ort

Aufgefunden durch: \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_ . \_\_\_\_ 201\_ um \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Uhr

Leiche identifiziert durch: \_\_\_\_\_

Todeszeit / Tod festgestellt: am \_\_\_\_ . \_\_\_\_ 201\_ um \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Uhr durch: \_\_\_\_\_

Vorläufige TB vorhanden:  ja  nein Notarzt: \_\_\_\_\_

Leichenschauort: \_\_\_\_\_

Zuletzt behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

Klinische Todesursache: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Todesart:  natürlich  nicht natürlich  nicht geklärt

TB ausgestellt: Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ 201\_ Uhrzeit: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Uhr gef. km \_\_\_\_\_

Übergeben an: \_\_\_\_\_

Befunde/ Auffälligkeiten/ Umfeld

- Totenflecke:  keine  gering  mittelmäßig  stark  
 Farbe:  hell  dunkel  blauviolett  rot  
 Wegdrückbarkeit:  leicht  stark  Fi.-kuppen-  Fi.-nageldruck  
 faul  
 Verteilung:  lageabhängig  nicht lageabhängig  nicht beurteilbar

Bemerkung: \_\_\_\_\_

Totenstarre: Kiefergelenk: noch nicht schwach stark gelöst  
 Arme/Hände: noch nicht schwach stark gelöst  
 Beine/Füße: noch nicht schwach stark gelöst  
 evtl. Begründung: \_\_\_\_\_

Urinabgang:  ja /  nein Kotabgang:  ja /  nein  
 Ernährungszustand:  adipös  gut  ausreichend  schlecht  kachektisch  
 Pflegezustand:  sehr gut  gut  ausreichend  schlecht  verwahrlost  
 Dekubitus(-i):  nein  ja: Lokalisation: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_  
 Schädeldach:  kompakt  abnorm beweglich  Knochenreiben  
 Kopfschwarte:  unverletzt  verletzt ggf. Lokalisation: \_\_\_\_\_  
 Gesichtshaut (ggf. Farbe/ Auffälligkeiten): \_\_\_\_\_

Augen:  geschlossen  offen Punktblutungen:  nein  ja \_\_\_\_\_  
 Pupillen:  anisokor  isokor  eng  mittelweit  weit  
 Nase: Skelett  intakt  abnorm beweglich Abrinnsuren:  ja  nein  ja  
 Blutungen:  nein /  ja Verlauf: \_\_\_\_\_  
 Schaumpilz:  nein /  ja

Ohren: Blutungen:  nein /  ja: rechts / links \_\_\_\_\_ aus / hinter \_\_\_\_\_  
 Abrinnsuren:  nein /  ja Verlauf: \_\_\_\_\_

Mund:  geschlossen /  offen /  hochgebunden Schaumpilz:  ja  nein  
 Mundhöhle:  frei  Fremdinhalt: \_\_\_\_\_  
 Gebiß: \_\_\_\_\_ Blutungen:  ja  nein  
 Abrinnsuren:  nein /  ja: Verlauf: \_\_\_\_\_  
 Lippeninnenseite:  verletzt  unverletzt Ätzspuren:  ja /  nein  
 Zunge:  hinter  zwischen den Zähnen  verletzt /  unverletzt

Hals: abnorm beweglich:  ja  nein  
 Strangulationsfurche:  ja  nein Würgemale:  ja /  nein

Thorax: \_\_\_\_\_

Abdomen: \_\_\_\_\_

Rücken: \_\_\_\_\_

Genitale: \_\_\_\_\_

After: \_\_\_\_\_

Extremitäten: \_\_\_\_\_

Sonstige Besonderheiten (bzgl. Leiche, Umgebung, Angehörige):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Anhang

**Definitionen****Todesart natürlich** (keine Verständigung der Polizei)

- verstorben an einer bestimmt zu bezeichnenden Krankheit aus innerer Ursache und
- die von Arzt diagnostiziert und/oder derentwegen in zeitlicher Nähe von einem Arzt behandelt wurde und
- die das Ableben zu diesem Zeitpunkt vorhersehbar machte

(Madea 1999, Mattern 1991- (vgl. AWMF-Leitlinien-Nr. 054/002“ärztliche Leichenschau“)

**gleichzeitig**

- kein Hinweis für „Nicht natürlich“ und
- völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen äußeren Faktoren (Schwerd 1981)

**Verdachtsdiagnosen berechtigen nicht zu dieser Klassifikation !!!****Todesart nicht natürlich** (→ Polizei verständigen)

- Unfall, Selbstmord, Tod durch strafbare Handlung oder sonstige von Außen herbeigeführt (By) bzw.
- Gewalteinwirkung, Unfälle, Tötungsdelikte, Vergiftungen, Suicid, Behandlungsfehler und tödlich verlaufende Folgezustände (mod. nach Mattern 1991)

**Anhaltspunkte sind ausreichend für die Bescheinigung eines nicht natürlichen Todes!**

**Der Arzt stellt/klärt KEINE Schuldfrage!! – Die Frage nach einem Fremdverschulden ist für die Attestierung eines nicht natürlichen Todes irrelevant!!**

**Todesart nicht geklärt** (Polizei verständigen)

Todesart/-ursache durch Leichenschau unter Berücksichtigung der Vorgeschichte nicht klärbar:

d.h.

- nicht mit erforderlicher Sicherheit natürlicher Tod und gleichzeitig
- kein Anhaltspunkt für nicht natürlichen Tod

**Leiche nicht identifiziert** (Polizei verständigen)