

Informationen für die Ärztin/den Arzt

Die Feststellung des Todes und die Durchführung der Leichenschau stellen die letzte ärztliche Maßnahme an der verstorbenen Person dar. Hierbei gelten dieselben Sorgfaltspflichten wie bei lebenden Personen. Dabei hat die Ärztin oder der Arzt grundsätzlich die Interessen der verstorbenen Person zu vertreten. Dies geschieht durch eine sorgfältige Durchführung und Dokumentation der Leichenschau.

Die Ausstellung des Leichenschauscheins ist keine bloße Formalität. Der Leichenschauschein ist Grundlage der personenstandsrechtlichen Beurkundung auf dem Standesamt und der Bereinigung des Melderegisters. Mit der Ausstellung des Leichenschauscheins werden aber auch die Weichen gestellt, ob die Leiche zur Bestattung freigegeben wird oder ob weitere Ermittlungen im Hinblick auf einen nicht natürlichen Tod oder eine ungewisse Todesart erforderlich sind. Darüber hinaus hängt die Qualität der Todesursachenstatistik von den sorgfältigen Angaben auf dem Leichenschauschein ab.

Die Pflicht zur Durchführung der Leichenschau sowie der Dokumentation des Todes ist im Berliner Bestattungsgesetz sowie in der Durchführungsverordnung zum Bestattungsgesetz geregelt. Ein Zuwiderhandeln kann als Ordnungswidrigkeit mit einem Bußgeld geahndet werden.

Durchführung der Leichenschau

Wenn nicht von vornherein Anhaltspunkte für eine nicht natürliche oder eine ungewisse Todesart vorliegen (z.B. bei fortgeschrittener Fäulnis), hat die Ärztin / der Arzt bei ausreichender Beleuchtung die unbedeckte Leiche unter Einbeziehung aller Körperregionen insbesondere des Rückens, der behaarten Kopfhaut und der natürlichen Körperöffnungen, sorgfältig zu untersuchen. Die Leichenschau soll nach Möglichkeit am Sterbe- oder Auffindeort und in einem geschlossenen Raum oder in einem abgeschirmten Bereich erfolgen. Bei der Leichenschau hat die Ärztin oder der Arzt auf Merkmale und Zeichen zu achten, die auf einen nicht natürlichen Tod hindeuten. Die Festlegung der Todesart entscheidet über weitere Maßnahmen, insbesondere über die Meldepflicht bei der Polizei.

Definition der Todesarten

Natürlicher Tod: Bei konkreten Befunden für einen Tod aus krankhafter Ursache, der völlig unabhängig von äußeren Einwirkungen wie Gewalteinwirkung, Vergiftung, Elektrizität, suizidale Handlung o.ä. eingetreten ist. Beispiel: Tumorleiden, Herzinsuffizienz, Myokardinfarkt.

Nicht natürlicher Tod: Tod durch ein von außen einwirkendes Ereignis (Selbsttötung, Unfall, Vergiftung, Tötung durch fremde Hand) und bei unerwartetem Tod in Zusammenhang mit ärztlichen Eingriffen. Für die Klassifikation eines nicht natürlichen Todes reicht bereits der Verdacht. Hierbei sind soweit möglich auch längere Kausalketten wie z.B. „Sturz mit Oberschenkelhalsfraktur - stationäre Behandlung - Tod durch Pneumonie nach 10 Tagen“ zu bedenken.

Todesart ungewiss: Es bestehen keine Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod, trotz sorgfältiger Untersuchung und Einbeziehung der Vorgeschichte liegen jedoch auch keine konkreten Befunde einer lebensbedrohlichen Erkrankung vor (oder lassen sich auf Grund fortgeschrittener Fäulniszeichen nicht erheben), die einen Tod aus krankhafter natürlicher Ursache und völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren (z.B. Sturz) plausibel erklären. Z.B. plötzliche Todesfälle im Erwachsenen- und Kindesalter ohne Krankheitsvorgeschichte.

Verständigung der Polizeibehörde

Die zuständige Polizeibehörde ist nach §§ 5 und 6 Bestattungsgesetz unverzüglich zu verständigen:

- wenn es sich um die Leiche einer unbekannt Person handelt oder
- sobald die Ärztin oder der Arzt Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod feststellt oder
- nach der Untersuchung der Leiche die Todesart ungewiss bleibt.

Die Ärztin oder der Arzt, die oder der die Leichenschau vorzeitig beendet und die Polizeibehörde benachrichtigt, füllt im

Formularsatz „Leichenschauschein“ die Angaben aus, die ihr oder ihm ohne Veränderung an der Leiche möglich sind und die zweifelsfrei festgestellt werden können, mindestens aber die Personalangaben, die Angaben zum Zeitpunkt des Todes, die Warnhinweise, die Todesart sowie bei Totgeborenen das Geburtsgewicht, und unterschreibt und stempelt den Formularsatz. Die Ärztin oder der Arzt hat dafür Sorge zu tragen, dass bis zum Eintreffen der Polizeibeamten an der Leiche und deren Umgebung keine Veränderungen vorgenommen werden. Außerdem hat die Ärztin oder der Arzt dafür zu sorgen, dass die Polizeibehörde den verbleibenden Formularsatz „Leichenschauschein“ (ohne Blatt 4) zusammen mit den Umschlägen erhält.

Hinweise zum Ausfüllen des Leichenschauscheins

Außer in den Fällen des § 6 Abs. 2 des Bestattungsgesetzes wird gebeten, die Formulare vollständig, ohne Abkürzungen, gut lesbar in Blockschrift und mit Kugelschreiber auszufüllen und anschließend zu unterschreiben. Neben die Unterschrift ist ein Stempelabdruck zu setzen. Als Ort ist der Bezirk anzugeben.

Der Formularsatz Leichenschauschein besteht aus einem nicht vertraulichen Teil (Blatt 0), einem vertraulichen Teil (Blatt 1 - 4) und zwei Umschlägen (Umschlag 1 für Blatt 1 und 2 des Leichenschauscheins, Umschlag 2 für Blatt 3 des Leichenschauscheins). Leichenschauschein - Nicht vertraulicher Teil

Beim Ausfüllen ist an das Abtrennen des nicht vertraulichen Teils nach Ziffer 4 zu denken. Nach dem Ausfüllen wird Blatt 0 (weiß) unverzüglich der Person, die nach dem Personenstandsgesetz zur Anzeige des Todes beim Standesamt verpflichtet ist, oder einem von ihr beauftragten Bestattungsunternehmen übergeben.

Leichenschauschein - Vertraulicher Teil

Die amtliche Todesursachenstatistik wird nach den Regeln der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durchgeführt. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass der Krankheitsablauf unter „I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit“ und „Vorangegangene Ursachen“ in einer Kausalkette angegeben wird. Z.B. Tod durch Hirnblutung bedingt durch Hirnmetastasen bei Mamma-CA (Grundleiden). Endzustände (z.B. Herzversagen, Atemstillstand, etc.) sollen nicht eingetragen werden. Für die Qualität der Todesursachenstatistik ist das Ausfüllen der Spalten „ICD-Code“ und „Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod“ von großer Bedeutung. Weitere Angaben zu der „Unmittelbar zum Tode führenden Krankheit“ sowie den „Anderen wesentlichen Krankheiten“ im Sinne einer Multi-Morbidität können im Feld „Nähere Angaben zur Todesursache und Begleiterkrankungen (Epikrise)“ gemacht werden.

Blatt 1 (für das Gesundheitsamt, rosa) wird gemeinsam mit dem ausgefüllten Blatt 2 (für das Amt für Statistik, grün) so in den Umschlag 1 gelegt, dass im rechten oberen Sichtfenster die notwendigen Eintragungen durch das Standesamt erfolgen können. Der Umschlag wird von der Ärztin oder dem Arzt persönlich verschlossen und gemeinsam mit dem nicht vertraulichen Teil unverzüglich der Person, die nach dem Personenstandsgesetz zur Anzeige des Todes beim Standesamt verpflichtet ist, oder einem von ihr beauftragten Bestattungsunternehmen übergeben.

Blatt 3 (gelb) ist von der Ärztin oder dem Arzt in den Umschlag 2 zu legen. Der Umschlag ist zu verschließen. Sind Gefahren für Personen, die bis zur Bestattung mit der Leiche umzugehen haben (z.B. Leichenschauer/in oder weitere Personen), erkennbar (z.B. Infektionsgefahr, chemische Kontamination, Radioaktivität), ist das Kästchen „Schutzmaßnahmen“ auf dem Umschlag 2 anzukreuzen. In diesem Fall sind die erforderlichen Schutzmaßnahmen näher zu bezeichnen. Der Umschlag verbleibt bei der Leiche. Er ist im Falle einer Sektion oder Leichenöffnung und / oder im Falle einer zweiten Leichenschau vor Feuerbestattung von der jeweiligen Ärztin oder dem jeweiligen Arzt zu öffnen. Der Befund der Sektion oder der Leichenöffnung ist auf der Rückseite von Blatt 3 einzutragen.

Blatt 4 (blau) ist für die persönliche Arztdokumentation bestimmt. Erfolgt die Archivierung nicht an zentraler Stelle (z.B. im Krankenhaus oder beim Aufgabenträger des Notarztdienstes) haben die Ärztinnen oder Ärzte für eine ordnungsgemäße Archivierung unter Anwendung der berufsrechtlichen Vorschriften für ärztliche Aufzeichnungen zu sorgen.