



Leichenschau

Jede menschliche Leiche und jede Totgeburt muss von einem Arzt untersucht werden. (Bestattungsgesetze der Bundesländer; jedes Bundesland hat ein eigenes, in Details unterschiedliches Bestattungsgesetz (siehe Anlage).

Leichenschaupflicht: auf Aufforderung sind unverzüglich verpflichtet: Niedergelassene Ärzte, Ärzte in Krankenhäusern und vergleichbaren Einrichtungen

Nicht verpflichtet, aber berechtigt, sind Notärzte, auch Ärzte ohne berufl. Tätigkeit.
Für die Leichenschau gilt die **ärztliche Sorgfaltspflicht** (§ 1.3 Musterberufsordnung)

Totgeburten sind totgeborene Kinder von mindestens 500 g (seit 1.4.94; vorher 1000 g) Körpergewicht (Personenstandsgesetz). Totgeborene unterhalb 500 g werden als Fehlgeburt bezeichnet; für sie entfällt die gesetzliche Leichenschau- und Bestattungspflicht.

Ein lebendgeborenes Kind hat - unabhängig vom Geburtsgewicht - Anspruch auf ärztliche Versorgung, auch wenn Gesundheitsschäden zu erwarten sind. Wenn es stirbt, müssen Leichenschau und Bestattung erfolgen. Auch Fehlgeburten haben nach dem Grundgesetz Menschenwürde und dürfen deshalb nicht als "Klinikmüll" entsorgt oder ohne Zustimmung der Eltern zu Forschungszwecken oder als Materialquelle für Arzneimittel verwendet werden.

Pflichten des Arztes bei der Leichenschau	
<u>Feststellung</u>	des Todes der Todesursache der Todesart der Todeszeit
<u>Prüfung</u>	der Infektionsgefahr
<u>Ausfertigung</u>	der „Leichenpapiere“
<u>Meldung</u>	bei nicht natürlichem Tod bei ungeklärter Todesart bei unbekannter Leiche gemäß Infektions-Schutz-Gesetz

⇒ Sorgfaltspflicht !! ⇐

Todeskriterien = Befunde	Todesdefinitionen = Konventionen
Herzstillstand Atemstillstand	Klinischer Tod vita minima
Hirn - Totalinfarkt	Hirntod Individualtod
Totenflecke Totenstarre	Biologischer Tod
Herzaktion Atemaktion	„Scheintod“ vita reducta

Der **nachgewiesene Hirntod** beweist den Tod sicher, spielt aber bei der allgemeinen Leichenschau keine Rolle. (siehe BÄK – Richtlinien zum Hirntod)

(Zur Hirntodesfeststellung vor Transplantationen: *<http://www.uni-heidelberg.de/institute/fak5/igm/g47/bauerhnt.htm>)
oder: *Deutsches Ärzteblatt 94, Heft 19 vom 09.05.97*

Unter **Scheintod** versteht man einen Zustand, in dem die Lebenszeichen so schwach sind, dass sie bei flüchtiger Untersuchung übersehen werden („**Vita reducta**“), aber Herz und Atmung sind noch in Funktion. Der Scheintote lebt und bedarf notärztlicher Hilfe

Totenflecken:

postmortale passive kapilläre Hyperämie

Intravital :	„Kirchhofsrosen“
<u>Zeitliche Verhältnisse streuen sehr stark !!</u>	
Beginn:	ab 20 min (-2Std)
Konfluktion:	nach 2 - 4 Std.
Maximal:	nach 6 - 12 Std.
Vollstd.umlagerbar:	bis 12 Std (- 24)
partiell umlagerbar:	4 - 30 Std u. länger
wegdrückbar (mit Fingerkuppe 10 g) bis ca. 6 Std	
Mit Fingernagel, max. Kraft: tagelang	

Totenstarre:

Unlösbarkeit des Aktinomyosin-komplexes wegen ATP-Mangel

Beginn:	nach 30 min -2 Std
(Oft im Kiefernmuskel , dann von oben nach unten:	
Nysten'sche Regel (mit vielen Ausnahmen)	
Vollständig	nach 4 - 12 Std.
Schnelleres Eintreten:	nach muskulärer Belastung
Wiederauftreten nach Brechen:	nach 4 - 12 Std.
Spontane Lösung:	nach 2 - 3 Tg; in Kälte später
	Temperaturabhängigkeit !