

# Ärztliche Mitteilungspflicht bei Erkrankungen durch chemische Stoffe und Produkte nach § 16 e Abs. 2 des Chemikaliengesetzes

Seit 1990 ist der behandelnde oder beratende Arzt verpflichtet, bestimmte Angaben dem Bundesinstitut für gewerblichen Verbraucherschutz (BgVV) in Berlin mitzuteilen.

Diese Mitteilung ist erforderlich, wenn der Verdacht besteht, dass eine Erkrankung auf Einwirkung gefährlicher Chemikalien oder Produkte, die solche Chemikalien freisetzen oder enthalten, zurückgehen.

## Wer ist mitteilungspflichtig?

Jeder Arzt, der den Patienten berät, behandelt oder der zur Beurteilung einer Erkrankung hinzugezogen wird, bei der zumindest der Verdacht besteht, dass sie auf die Einwirkung gefährlicher Stoffe zurückgeht. Dies können sein: Haushaltsreiniger, Hobby- und Heimwerkerartikel, Schädlingsbekämpfungs- und Pflanzenschutzmittel, wie auch beruflich verwendete Schadstoffe. Weiterhin ist zu denken an Möbel, Bodenbeläge und Heimtextilien, aus denen gefährliche Stoffe ausgasen können.

## Wie erkennt man, dass ein Stoff oder eine Zubereitung „gefährlich“ ist?

Stoffe und Zubereitungen, die im Sinne des Chemikalienrechts als gefährlich einzustufen sind, müssen auf der Verpackung eine besondere Kennzeichnung tragen:

- die chemische Bezeichnung des Stoffes oder bestimmte in der Zubereitung enthaltene Stoffe,
- der Handelsname oder die Bezeichnung der Zubereitung,
- Gefahrensymbole mit der zugehörigen Gefahrenbezeichnung,
- Hinweise auf besondere Gefahren-R-Sätze,
- Name, vollständige Anschrift und Telefonnummer dessen, der den Stoff oder die Zubereitung herstellt, einführt oder vertreibt,
- die dem Stoff zugeordnete EWG-Nummer.

Eine nicht vorhandene Kennzeichnung ist aber kein Anhaltspunkt dafür, dass ein Erzeugnis keine gefährlichen Stoffe enthält.

## Welche Erkrankung löst die Mitteilungspflicht aus?

Es muß sich um eine Gesundheitsbeeinträchtigung handeln, die (vermutlich) auf die toxische Wirkung von gefährlichen Stoffen oder Produkten zurückzuführen sind.

## Welche Informationen sind dem BgVV mitzuteilen?

Der Arzt hat in anonymisierter Form mitzuteilen:

- den gefährlichen Stoff oder die gefährliche Zubereitung, auf die (vermutliche) die Erkrankung zurückgeht,
- das Alter und das Geschlecht des Patienten,
- den Expositionsweg, auf dem der Stoff auf den Patienten eingewirkt hat, die aufgenommenen Mengen,

- die festgestellten Symptome.

Hierfür ist das Formblatt der Giftinformationsverordnung zu verwenden, sofern das BgVV die Mitteilung nicht in anderer Form akzeptiert.

## Woher können die Mitteilungsblätter bezogen werden?

Die Formblätter können im Internet unter der Adresse des Bayerischen Landesamtes für Arbeitsschutz, Arbeitsmedizin und Sicherheitstechnik ([www.lfas.Bayern.de](http://www.lfas.Bayern.de)) unter der Rubrik „Recht“ aufgerufen oder hier aus der Homepage herauskopiert werden (Muster s. Abb. 1).

## Zu welchem Zeitpunkt soll die ärztliche Mitteilung erfolgen? Der behandelnde Arzt hat die Mitteilung bei

- akuten Erkrankungen nach Abschluß der Behandlung,
- chronischen Erkrankungen nach Stellung der Diagnose,
- Beratung im Zusammenhang mit einer Erkrankung nach Abschluß der Beratung,
- Erkrankung mit Todesfolge und Durchführung einer Obduktion nach Abschluß der Obduktion

dem BgVV zu erstatten.

## In welcher Form ist mitzuteilen?

Zu beachten ist, dass die Mitteilung hinsichtlich der Person des Patienten in anonymisierter Form zu erstatten ist. Der BgVV kann die Übermittlung der Angaben auf andere Weise zulassen, z. B. mittels Telefon (030/84 12-39 04) oder Telefax (030/84 12-39 29).

## In welchen Fällen kann von einer Mitteilung abgesehen werden?

Erkrankungen durch bestimmte Stoff- und Produktklassen sind von der Mitteilungspflicht nach § 16e Abs. 2 des Chemikaliengesetzes ausgenommen, da Mitteilungspflichten nach anderen Rechtsvorschriften bestehen. Es handelt sich um

- Lebensmittel, die zur Abgabe an den Verbraucher bestimmt sind,
- Tabakerzeugnisse
- kosmetische Mittel,
- Arzneimittel,
- bestimmte Medizinprodukte,
- Abfälle und Abwasser.

## Wo erhält der Arzt Auskünfte bei Fragen?

Auskünfte erteilt das Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin,  
Fachgebiet 832,  
Postfach 33 00 13,  
14191 Berlin,  
Tel. 030/84 12–39 04,  
Fax 030/84 12–39 29,

(Dr. Hahn)  
E-Mail: a.hahn@bgvv.de

oder

das zuständige Gewerbeaufsichtsamt.

Quelle: dbu-Pressmitteilung



- Ätiologie:**  akzidentell (Unfall)  gewerblich  Verwechslung  
 suizidale Handlung  Abuse  Umwelt  Sonstiges
- Ort:**  Arbeitsplatz  im Haus  Schule  
 Kindergarten  im Freien  Sonstiges
- Labor-Nachweis:**  Ja  Nein
- Behandlung:**  keine  ambulant  stationär
- Verlauf:**  nicht bekannt  vollständige Heilung  Defektheilung  Tod  
 Spätschäden (nicht auszuschließen)

Freiwillig auszufüllen

**4. Symptome/Verlauf (stichwortartig)**  
ggf. anonymisierte Befunde, Epikrise(n)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Abb. 1: Vor- und Rückseite der Formblätter nach Anlage 3 der Giftinformationsverordnung**

# Giftinformationsverordnung

## Verordnung über die Mitteilungspflichten nach §16e des Chemikaliengesetzes zur Vorbeugung und Information bei Vergiftungen (Giftinformationsverordnung – ChemGiftInfoV)

vom 17. Juli 1990

BGBl. I S.1424; in der Fassung der Bekanntmachung vom 31.7.1996 (BGBl. I S.1198), zuletzt geändert am 6.8.2002, BGBl. I S.3082

Auf Grund des §16e Abs.5 Nr.3, des §20 Abs.6 und des §14 Abs.1 Nr.1 und 2 des Chemikaliengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. März 1990 (BGBl. I S.521) verordnet die Bundesregierung:

### §1

#### Anwendungsbereich

Diese Verordnung trifft nähere Bestimmungen über Art, Umfang, Inhalt und Form von Mitteilungen an das Bundesinstitut für Risikobewertung,

1. die derjenige, der bestimmte Zubereitungen oder ein Biozid-Produkt in den Verkehr bringt, nach §16e Abs.1 des Chemikaliengesetzes abzugeben hat,
2. die ein Arzt nach §16c Abs.1 des Chemikaliengesetzes bei Vergiftungsfällen abzugeben hat.

### §2

#### Mitteilungspflicht beim Inverkehrbringen von Zubereitungen und Biozid-Produkten (§16e Abs.1 des Chemikaliengesetzes)

(1) Die Mitteilung nach §16e Abs.1 des Chemikaliengesetzes hat

1. bei erstmaliger Mitteilung vor dem Inverkehrbringen unter Verwendung des Formblattes nach Anlage 1,
2. bei einer Änderungsmitteilung unverzüglich unter Verwendung des Formblattes nach Anlage 2 unter Nennung der vom Bundesinstitut für Risikobewertung vergebenen Mitteilungsnummer

zu erfolgen. Bei erstmaliger Mitteilung sind zumindest die Angaben zu den Nummern 1 bis 8 des Formblattes nach Anlage 1 mitzuteilen. Das Bundesinstitut für Risikobewertung bestätigt dem Mitteilenden den Eingang der Mitteilung und teilt ihm die entsprechende Mitteilungsnummer mit.

(2) Wer eine Zubereitung oder ein Biozid-Produkt unverändert oder als Bestandteil einer eigenen Zubereitung unter eigenem Handelsnamen in den Verkehr bringt, kann die Angaben zu Nummer 3 des Formblattes nach Anlage 1 durch eine Bezugnahme auf die Mitteilung einschließlich einer Änderungsmitteilung des Herstellers oder Einführers dieser Zubereitung oder dieses Biozid-Produkts ersetzen, wenn er Namen und Anschrift des Herstellers oder Einführers, den Handelsnamen der Zubereitung oder des Biozid-Produkts sowie die vom Bundesinstitut für Risikobewertung vergebene Mitteilungsnummer angibt.

(3) Das Bundesinstitut für Risikobewertung kann die Übermittlung der Angaben nach den Absätzen 1 und 2 auch auf einem anderen geeigneten Datenträger zulassen.

### §3

#### Ärztliche Mitteilungspflicht bei Vergiftungen (§16e Abs.2 des Chemikaliengesetzes)

(1) Die Mitteilung nach §16e Abs.2 des Chemikaliengesetzes hat unter Verwendung des Formblattes nach

Anlage 3 zu erfolgen und muss zumindest die Angaben zu den Nummern 1 bis 4 des Formblattes umfassen. Sie hat

1. bei akuten Erkrankungen nach Abschluss der Behandlung,
2. bei chronischen Erkrankungen nach Stellung der Diagnose,
3. bei einer Beratung im Zusammenhang mit einer Erkrankung nach Abschluss der Beratung,
4. sofern im Falle einer Erkrankung mit Todesfolge eine Obduktion durchgeführt wird, nach deren Abschluss

unverzüglich zu erfolgen. Wenn zur Beratung ein Informations- und Behandlungszentrum für Vergiftungen hinzugezogen wird, ist eine Mitteilung nur von dem behandelnden Arzt vorzunehmen.

(2) Das Bundesinstitut für Risikobewertung kann die Übermittlung der Angaben nach Absatz 1 auch auf andere geeignete Weise zulassen.

#### **§4**

##### **Vertraulichkeit**

Alle auf den Formblättern nach den Anlagen 1, 2 und 3 übermittelten Daten, einschließlich der freiwilligen Angaben, sind vertraulich zu behandeln. Die Angaben im Formblatt nach Anlage 3 dürfen nicht zur Herstellung eines Personenbezuges zum Patienten verarbeitet oder genutzt werden.

#### **§5**

(weggefallen)

#### **§6**

##### **Inkrafttreten**

# Anlage 1 (zu § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1)

Bitte deutlich lesbar ausfüllen.

An das  
Bundesinstitut für Risikobewertung  
Dokumentations- und Bewertungs-  
stelle für Vergiftungen  
Zentrale Erfassungsstelle für Vergiftungen,  
gefährliche Stoffe und Zubereitungen  
Umweltmedizin  
Postfach 33 00 13  
14195 Berlin

Mittelung  einer Zubereitung /  eines Biozid-Produkts  
(Ermittlung Mittelung nach § 16e Abs. 1 des Chemikaliengesetzes)

1. a) Name der Firma, Anschrift  
.....  
b) Telefonnummer der Firma  
.....  
c) Zuständige Stelle der Firma für Auskunft über die Zubereitung/des Biozid-Produkts  
.....  
Tel.-Nr. ....  
Tel.-Nr. nach Geschäftsmachstum .....
2. a) Handelsname der Zubereitung/des Biozid-Produkts  
.....  
b) Die Zubereitung wird von der mitteilenden Firma  
 hergestellt  eingeführt  
 von einer anderen Firma bezogen und unverändert in den Verkehr gebracht
3. Inhaltsstoffe  
a) Besondere Inhaltsstoffe  
Anzugeben sind  
aa) Biozid-Wirkstoffe (bei Mitteilungen zu Biozid-Produkten)  
bb) sehr giftige, giftige, kreberzeugende, fruchtschädigende, erbgutverändernde oder sensibilisierende Stoffe, ab der Konzentration, mit der sie zur Kennzeichnung einer Zubereitung oder eines Biozid-Produkts beitragen, mindestens aber ab 0,1 %,  
cc) stark ätzende Säuren und Laugen, wie Salpetersäure, Salzsäure, Schwefelsäure, Kalilauge, Natronlauge, sowie quarztrübe Ammoniumverbindungen und Phenole ab 0,1 %, soweit diese Stoffe nicht unter aa) oder bb) fallen,  
dd) ätzende Stoffe  
bei Raumtemperatur flüchtig  
- Halogenkohlenwasserstoffe,  
- Petroldestillate einschließlich Mischungen unter Angabe der CAS-Nummern,  
- Glykole, jedoch nicht Polyglykole,  
ab 1 %, soweit diese Stoffe nicht unter aa), bb) oder cc) fallen.

Die Konzentration des Stoffes in der Zubereitung oder dem Biozid-Produkt ist auf 10 % genau (relativ) anzugeben. Soweit Gehalte von unter 5 % angegeben sind und zur Beurteilung des Gefahrenpotenzials der Zubereitung nicht die Kenntnis der genauen Konzentration des Stoffes notwendig ist, kann die Konzentrationsangabe in folgenden Konzentrationsstufen erfolgen: bis unter 0,1 %, 0,1 % bis unter 0,5 %, 0,5 % bis unter 1,0 %, 1,0 % bis unter 1,5 %, 1,5 % bis unter 2,0 %, 2,0 % bis unter 3,0 %, 3,0 % bis unter 4,0 %, 4,0 % bis unter 5,0 %. Bei produktbedingt üblichen Schwankungen sind auch abweichende Konzentrationsbereichsangaben zulässig.

Stoffe	CAS-Nummer	Konzentration bzw. Konzentrationsstufe	R-Satz



b) Sonstige Inhaltsstoffe

Anzugeben sind alle anderen Inhaltsstoffe bei einem Gehalt ab 1,0 bis 100 Gewichtsprozent.

Sollte zur Beurteilung des Gefahrenpotenzials der Zubereitung/des Biozid-Produkts nicht die Kenntnis des einzelnen Stoffes notwendig ist und vergleichbare physikalische/chemische und toxikologische Eigenschaften vorliegen, kann statt der Bezeichnung des einzelnen Stoffes eine Gruppenbezeichnung verwendet werden, z. B.

- kationische Tenside,
- anionische Tenside,
- nicht ionische Tenside,
- Fettsäuren,
- Pflanzöle.

Die Konzentration des Stoffes in der Zubereitung/im Biozid-Produkt ist auf 20 % genau (relativ) anzugeben. Soweit Gehalte von unter 10 % angegeben sind und zur Beurteilung des Gefahrenpotenzials der Zubereitung/des Biozid-Produkts nicht die Kenntnis der genauen Konzentration des Stoffes notwendig ist, kann die Konzentrationsangabe in folgenden Konzentrationsstufen erfolgen: 1,0 % bis unter 2,0 %, 2,0 % bis unter 4,0 %, 4,0 % bis unter 7,0 %, 7,0 % bis unter 10,0 %. Bei produktionsbedingt üblichen Schwankungen sind auch abweichende Konzentrationsbereichsangaben zulässig.

Stoffe	CAS-Nummer	Konzentration bzw. Konzentrationsstufe	R-Sätze
--------	------------	--	---------

4. Kennzeichnung der Zubereitung

- a) Gefahrensymbole
- b) Gefahrenbezeichnungen
- c) Hinweise auf besondere Gefahren (R-Sätze)
- d) Sicherheitsschläge (S-Sätze)
- e) Weitere Kennzeichnungen
- f) Einstufung aufgrund der Prüfung der Zubereitung/des Biozid-Produkts aufgrund von Berechnungsverfahren

5. Verwendungsart, Verwendungszweck sowie bei Biozid-Produkten Hauptgruppe und Produktart gemäß Anhang V der Richtlinie 90/269 in ihrer jeweils jüngsten im Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften veröffentlichten Fassung

6. Angaben zur Verpackung

- a) Gebildeformen (z. B. Dose, Spraydose, Flasche mit Schraubverschluss, Tropfflasche etc.)
- b) Füllmengen (ml oder g)
- c)  Das Gebinde trägt einen kindersicheren Verschluss
- d)  Das Gebinde trägt ein fuhrtares Warnzeichen

7. Empfehlungen über Vorichtsmaßnahmen bei Vergiftungen und Sofortmaßnahmen bei Unfällen

8. pH-Wert einer Mischung Wasser/Zubereitung bzw. Wasser/Biozid-Produkt im Verhältnis 1 : 1, sofern der Wert unter 2,5 oder über 10,0 liegt

Zusätzliche Angaben (freiwillig)

- 9. Analytik der wichtigsten Inhaltsstoffe (Methode, Matrix)
- 10. Konsistenz der Zubereitung/des Biozid-Produkts (z. B. leichtbewegliche Flüssigkeit, zähflüssig, Pulver, Paste etc.)
- 11. Farbe der Zubereitung/des Biozid-Produkts
- 12. Gefährliche Reaktionen mit anderen Zubereitungen/Biozid-Produkten, die für den Verbraucher bestimmt sind
- 13. Sonstige Angaben

**Anlage 2**  
(zu § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2)

Bitte deutlich lesbar ausfüllen.

An das  
Bundesinstitut für Risikobewertung  
Dokumentations- und Bewertungs-  
stelle für Vergiftungen  
Zentrale Erfassungsstelle für Vergiftungen,  
gefährliche Stoffe und Zubereitungen,  
Umweltmedizin  
Postfach 33 00 13  
14195 Berlin

**Änderungsmitteilung einer Zubereitung/eines Biozid-Produkts**  
(Änderungsmitteilung nach § 16r Abs. 1 des Chemikaliengesetzes)

**A. Name der Firma, Anschrift**

.....  
Handelsname der Zubereitung

**B. vom Bundesinstitut für Risikobewertung erteilte Mitteilungsnummer**

- C.**  Die Zubereitung/das Biozid-Produkt wird ab dem..... **endgültig nicht** mehr in den Verkehr gebracht.  
 Die Zubereitung/das Biozid-Produkt wird ab dem..... **erstmals** in der nachfolgend dargestellten Form in den Verkehr gebracht.

**D. Angaben zu den Nummern 1 bis 13 des Formblattes zur erstmaligen Mitteilung, die sich gegenüber der letzten Mitteilung geändert haben. Geänderte Konzentrationen und nur anzugeben, wenn sich die Konzentration bei Stoffen nach 1a) um mehr als 10 %, bei Stoffen nach 3b) um mehr als 20 % des angegebenen Wertes (relativ) geändert haben. Ist eine Angabe in einer der unter 1a) oder 3b) angegebenen Konzentrationsstufen erfolgt, ist eine Änderungsmitteilung notwendig, wenn diese Konzentrationsstufe verlassen wurde. Ist wegen produktionsbedingter üblicher Schwankungen eine Konzentrationsbereichsangabe erfolgt, ist eine Änderungsmitteilung notwendig, wenn der angegebene Konzentrationsbereich verlassen wurde.**

.....  
.....

**E. Merkmale, an denen sich die ursprüngliche und die geänderte Zubereitung/das ursprüngliche und das geänderte Biozid-Produkt eindeutig unterscheiden lassen (z. B. Verpackungscode, Farbe)**

.....  
.....

# Anlage 3 (zu § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1)

Bitte deutlich lesbar ausfüllen

An das  
Bundesinstitut für Risikobewertung  
Dokumentations- und Bewertungs-  
stelle für Vergiftungen  
Zentrale Erfassungsstelle für Vergiftungen,  
gefährliche Stoffe und Zubereitungen,  
Umweltmedizin  
Postfach 33 00 13  
14195 Berlin

Originalstempel, Tel.-Nr. und Unterschrift des Arztes
--

**Mitteilung bei Vergiftungen**  
nach § 16e Abs. 2 des Chemikaliengesetzes  
(BfG/VV) Telefon (0 18 88) 412-14 60, Fax (0 18 88) 412-19 29, E-Mail: giftdok@bfgvv.de

1.

Alter .... Jahre	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	Schwangerschaft
Monat .... (bei Kindern unter 3 Jahren)			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			Freiwillig auszufüllen

2.  Vergiftung

Lieferung: Handelsprodukt der Zubereitung/des Biocid-Produkts oder Stoffname, aufgenommene Mengen und Hersteller (Verzeiber) angegeben ggf. ebenfalls vermutete Ursache

3. Exposition:

oral       akute       chronisch       Haut       Augen)       Sonstiges  
weiche? ...

Ätiologie:	<input type="checkbox"/> akzidentell (Unfall) <input type="checkbox"/> suizidale Handlung	<input type="checkbox"/> gewerblich <input type="checkbox"/> Abuse	<input type="checkbox"/> Verwechslung <input type="checkbox"/> Umwelt	<input type="checkbox"/> Sonstiges
Oort:	<input type="checkbox"/> Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Kindergärten	<input type="checkbox"/> im Haus <input type="checkbox"/> im Freien	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Sonstiges	
Labor-Nachweis:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Behandlung:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> stationär	
Verlauf:	<input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> Spätschäden (nicht anzuschließen)	<input type="checkbox"/> vollständige Heilung	<input type="checkbox"/> Defektheilung	<input type="checkbox"/> Tod
				Freiwillig auszufüllen

4. Symptome/Verlauf (stichwortartig)  
ggf. anonymisierte Befunde, Epikrise(n)

# Tod und Todesfeststellung

## Verordnung zur Durchführung des Bestattungsgesetzes

### (Bestattungsverordnung - BestV)

Vom 9. Dezember 1970 (BayRS 2127-1-1-A), geändert durch VO vom 6.11.1993 (GVBl. S. 851)

Anmerkung: Landesgesetz gilt nur für Bayern

Auf Grund von Art. 15 und 16 des Bestattungsgesetzes (BestG) erläßt das Bayerische Staatsministerium des Inneren folgende Verordnung:

### Erster Abschnitt. Leichenschau

#### § 1 Veranlassung der Leichenschau

(1) <sup>1</sup>Die Leichenschau (Art. 2 BestG) ist unverzüglich zu veranlassen, zur Nachtzeit jedoch nur, wenn Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen.

<sup>2</sup>Hierzu sind, wenn sie geschäftsfähig sind, verpflichtet:

1. der Ehegatte,  
*die Kinder und Adoptivkinder,*  
*die Eltern; bei Adoption jedoch die Adoptiveltern vor den Eltern,*  
*die Großeltern,*  
*die Enkelkinder,*  
*die Geschwister,*  
*die Kinder der Geschwister des Verstorbenen und*  
*die Verschwägerten ersten Grades,*
2. die Personensorgeberechtigten,
3. a) auf Schiffen der Schiffsführer,  
  
b) in Krankenhäusern und Entbindungsheimen der leitende Arzt; bestehen mehrere selbständige Abteilungen, dann der leitende Abteilungsarzt,  
  
c) in Heimen, insbesondere Pflegeheimen, Altenheimen und Altenwohnheimen, Kinder- und Schülerheimen, ferner in Entziehungs- und Gefangenenanstalten, Lagern und Sammelunterkünften und ähnlichen Einrichtungen deren Leiter, wenn sich die Leiche dort befindet.

(2) Die Verpflichtung, die Leichenschau zu veranlassen, besteht für die in Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 Bezeichneten nur, wenn in der Reihenfolge früher Genannte nicht vorhanden oder verhindert sind.

## § 2 Veränderungsverbot

(1) Vor der Leichenschau darf eine Leiche nicht

1. eingesargt oder

2. in Räume gebracht werden, die zur Aufbewahrung von Leichen bestimmt sind.

(2) Absatz 1 Nr. 2 gibt nicht, wenn der Tod in einem Krankenhaus oder einem Entbindungsheim eingetreten ist und die Leiche bis zur Leichenschau im Krankenhaus oder im Entbindungsheim verbleibt.

## § 3 Todesbescheinigung

(1) <sup>1</sup>Der zur Leichenschau zugezogene Arzt hat die Leichenschau unverzüglich vorzunehmen und darüber eine Todesbescheinigung auszustellen, die aus einem vertraulichen und einem nicht vertraulichen Teil besteht. <sup>2</sup>Er darf die Todesbescheinigung erst ausstellen, wenn er an der Leiche sichere Anzeichen des Todes festgestellt hat. <sup>3</sup>Vom nicht vertraulichen Teil der Todesbescheinigung hat er eine Durchschrift zu fertigen.


(2) Inhalt und Form der Todesbescheinigung müssen dem vom Staatsministerium des Innern bekanntgemachten Muster entsprechen.

(3) <sup>1</sup>Die Todesbescheinigung ist, sofern nicht § 4 Abs. 1 zutrifft, mit der Durchschrift sogleich demjenigen auszuhändigen, der die Leichenschau veranlaßt hat. <sup>2</sup>Dieser hat die Todesbescheinigung mit der Durchschrift unverzüglich dem für die Beurkundung des Sterbefalls zuständigen Standesamt zuzuleiten. <sup>3</sup>Falls er nicht selbst für die Bestattung sorgt, hat er die Durchschrift der Todesbescheinigung, auf der der Standesbeamte die Beurkundung des Sterbefalls vermerkt hat, dem zur Bestattung Verpflichteten zu übergeben. <sup>4</sup>Ist dieser nicht zur Stelle, so hat derjenige, der die Leichenschau veranlaßt hat, die Durchschrift der Todesbescheinigung der Gemeinde oder, wenn sich die Leiche im gemeindefreien Gebiet befindet, dem Landratsamt zuzuleiten.

## § 4 Nicht natürlicher Tod, Leiche eines Unbekannten

(1) <sup>1</sup>Ergeben sich Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod oder wird die Leiche eines Unbekannten aufgefunden, so dürfen bis zum Eintreffen des Arztes, der die Leichenschau vornimmt, an der Leiche nur Veränderungen vorgenommen werden, die aus Gründen der öffentlichen Sicherheit zwingend erforderlich sind. <sup>2</sup>Der zur Leichenschau zugezogene Arzt hat sogleich die Polizei zu verständigen und ihr die Todesbescheinigung mit der Durchschrift zuzuleiten.

(2) Gericht, Staatsanwaltschaft und Polizei können die Todesbescheinigung einsehen, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 1 gegeben sind.

(3) <sup>1</sup>Die Polizei leitet die Todesbescheinigung und deren Durchschrift zusammen mit der Anzeige des Sterbefalls (§ 35 des Personenstandsgesetzes) dem für die Beurkundung des Sterbefalls zuständigen Standesbeamten zu. <sup>2</sup>Die Durchschrift der Todesbescheinigung darf dem zur Bestattung Verpflichteten erst ausgehändigt werden, wenn die Staatsanwaltschaft oder der Amtsrichter  die Bestattung schriftlich genehmigt hat.

## § 5 Leichenschau in sonstigen Fällen

(1) Die Leichenschau ist von einem Arzt des Gesundheitsamts, in dessen Amtsbezirk sich die Leiche befindet, durchzuführen, wenn kein anderer Arzt die Leichenschau vornimmt.

*(2) Ist anzunehmen, daß die Leichenschau nicht ordnungsgemäß vorgenommen wird, so kann die Staatsanwaltschaft oder die Polizei verlangen, daß die Leichenschau von einem Arzt des Gesundheitsamts, in dessen Amtsbezirk sich die Leiche befindet, oder von einem Landgerichtsarzt vorgenommen wird, oder, wenn sie bereits durchgeführt worden ist, wiederholt wird.*

## **Bestattungsgesetz (BestG)**

Vom 24. September 1970 (BayRS 2127-1-A)

Geändert durch Art. 6 Abs. 14 Gesetz zur Ausführung des Betreuungsgesetzes vom 27.12.1991 (GVBl. S. 496) und Gesetz zur Änderung des Bestattungsgesetzes vom 10.8.1994 (GVBl. S. 770)

Bek. (StMI) über die Aufgaben der Gemeinden beim Vollzug des Bestattungsgesetzes vom 17.9.1987 (MABl. S. 687)

Anmerkung: Landesgesetz gilt nur für Bayern

### **Art. 1 <sup>1</sup> Bestattung**

*(1) <sup>1</sup>Jede Leiche muß bestattet werden, und zwar durch Beisetzung in einer Grabstätte (Erdbestattung) oder durch Einäscherung in einer Feuerbestattungsanlage und Beisetzung der in einer festen Urne verschlossenen Aschenreste in einer Grabstätte (Feuerbestattung) oder durch Einäscherung in einer Feuerbestattungsanlage und Beisetzung der Urne von einem Schiff auf hoher See (Seebestattung). <sup>2</sup>Leichen und Aschenreste Verstorbener müssen, wenn dieses Gesetz nichts anderes zuläßt, auf Friedhöfen beigesetzt werden.*

*(2) <sup>1</sup>Für Art, Ort und Durchführung der Bestattung ist, soweit öffentliche Belange nicht entgegenstehen, der Wille des Verstorbenen oder, wenn der Verstorbene noch nicht 16 Jahre alt oder wenn er geschäftsunfähig war, der Wille der Personensorgeberechtigten zu berücksichtigen. <sup>2</sup>Ist der Wille des Verstorbenen oder der Personensorgeberechtigten nicht nachweisbar, so kommt es auf den Willen der Angehörigen an, die auf Grund des Art. 15 Abs. 2 Nr. 1 für die Bestattung zu sorgen haben.*

### **Art. 2 <sup>1</sup> Ärztliche Leichenschau**

*(1) Jede Leiche muß vor der Bestattung zur Feststellung des Todes, der Todesart (natürlicher oder nicht natürlicher Tod) und der Todesursache von einem Arzt untersucht werden (Leichenschau).*

*(2) <sup>1</sup>Auf Verlangen eines jeden auf Grund des Art. 15 zur Veranlassung der Leichenschau Verpflichteten oder einer nach Art. 14 Abs. 2 zuständigen Stelle oder deren Beauftragten sind zur Leichenschau verpflichtet.*

1. jeder Arzt, der in dem Gebiet der Kreisverwaltungsbehörde, in dem sich die Leiche befindet, oder in dem Gebiet einer angrenzenden kreisfreien Gemeinde niedergelassen ist,
2. in Krankenhäusern und Entbindungsheimen außerdem jeder dort tätige Arzt.

*<sup>2</sup>Ein Arzt, der für die Behandlung von Notfällen eingeteilt ist und die verstorbene Person vorher nicht behandelt hat, kann sich im Rahmen seiner Pflicht nach Satz 1 auf die Feststellung des Todes, des Todeszeitpunkts, des Zustands der Leiche und der äußeren Umstände beschränken, wenn sichergestellt ist, daß der behandelnde Arzt oder ein anderer Arzt die noch fehlenden Feststellungen treffen wird.*

*(3) Der Arzt kann die Leichenschau verweigern, wenn sie ihn oder einen Angehörigen, zu dessen Gunsten ihm in Strafverfahren wegen familienrechtlicher Beziehung das Zeugnisverweigerungsrecht zusteht, der Gefahr aussetzen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden.*

## Art. 3<sup>1</sup> Betretungs- und Auskunftsrecht

(1) <sup>1</sup>Zur Leichenschau dürfen der Arzt und die von ihm zugezogenen Sachverständigen und Gehilfen jederzeit den Ort betreten, an dem sich die Leiche befindet. <sup>2</sup>Der Inhaber der tatsächlichen Gewalt hat ihnen Grundstücke, Räume und bewegliche Sachen zugänglich zu machen.

(2) <sup>1</sup>Wer den Verstorbenen unmittelbar vor dem Tod berufsmäßig behandelt oder gepflegt hat, oder wer mit der verstorbenen Person zusammengelebt hat oder die Umstände des Todes kennt, hat auf Verlangen des Arztes, der die Leichenschau vornimmt, unverzüglich die zu diesem Zweck erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen vorzulegen. <sup>2</sup>Die gleiche Verpflichtung trifft jeden Arzt, der den Verstorbenen nach dessen Tod untersucht hat. <sup>3</sup>Der Verpflichtete kann die Auskunft und die Vorlage von Unterlagen verweigern, soweit er dadurch sich selbst oder einen in § 383 Abs. 1 Nrn. 1 bis 3 der Zivilprozeßordnung bezeichneten Angehörigen der Gefahr aussetzen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden.

## Art. 3a<sup>1</sup> Todesbescheinigung

(1) Der Arzt hat über die Leichenschau eine Todesbescheinigung auszustellen, die aus einem vertraulichen und einem nicht vertraulichen Teil besteht.

(2) <sup>1</sup>Die Todesbescheinigung wird bei dem Gesundheitsamt, in dessen Bezirk der Sterbeort liegt, aufbewahrt. <sup>2</sup>Liegt der Sterbeort außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes, so ist für die Aufbewahrung das Gesundheitsamt zuständig, in dessen Bereich der Wohnort der verstorbenen Person liegt. <sup>3</sup>Die Gesundheitsämter dürfen die Todesbescheinigung zur Erfüllung ihrer Aufgaben auswerten.

(3) <sup>1</sup>Personenbezogene Auskünfte aus dem vertraulichen Teil der Todesbescheinigung dürfen nur erteilt, Einsicht in diesen nur gewährt werden, wenn die verstorbene Person zu Lebzeiten hierin eingewilligt hat oder soweit dies für Gerichte, Staatsanwaltschaften oder Polizei zur Verfolgung von Straftaten oder für Ämter für Versorgung und Familienförderung zu ihrer Aufgabenerfüllung erforderlich ist. <sup>2</sup>Abweichend von Satz 1 können Auskünfte erteilt oder Einsicht auch gewährt werden,

1. soweit die auskunftsuchende Person oder Behörde ein berechtigtes Interesse an der Kenntnis über die Todesumstände einer namentlich bezeichneten verstorbenen Person glaubhaft macht und kein Grund zu der Annahme besteht, daß durch die Offenbarung schutzwürdige Interessen des Verstorbenen beeinträchtigt werden, oder
2. wenn eine Hochschule oder andere wissenschaftliche Einrichtung die Angaben für ein wissenschaftliches Forschungsvorhaben benötigt und
  - a) durch sofortige Anonymisierung der Angaben oder auf andere Weise sichergestellt wird, daß schutzwürdige Interessen der verstorbenen Person nicht beeinträchtigt werden oder
  - b) das öffentliche Interesse an der Forschung das schutzwürdige Interesse der verstorbenen Person nicht erheblich übersteigt und der Zweck der Forschung auf andere Weise nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand erreicht werden kann und kein Grund zu der Annahme besteht, daß das schutzwürdige Interesse von Angehörigen der verstorbenen Person an dem Ausschluß der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

<sup>3</sup>Die auskunftsuchende Person oder Behörde darf personenbezogene Daten, die sie auf diese Weise erfährt, nur zu dem von ihr im Antrag angegebenen Zweck verwenden.

(4) <sup>1</sup>Ob die Voraussetzungen des Absatzes 3 Satz 2 Nr. 2 vorliegen, entscheidet die Regierung, in deren Bezirk die Auskunft oder Einsicht gewährt werden soll, betrifft das Forschungsvorhaben mehrere Regierungsbezirke, bestimmt das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit die zuständige



Regierung. <sup>2</sup>In den Fällen des Absatzes 3 Satz 2 Nr. 1 entscheidet die Kreisverwaltungsbehörde.

(5) Befugnisse zur Einsichtnahme auf Grund anderer Rechtsvorschriften bleiben unberührt.

## **Art. 4 Kosten**

Die Verpflichtung, die Kosten der Leichenschau endgültig zu tragen, richtet sich nach den für die Bestattungskosten geltenden Rechtsvorschriften, soweit nichts anderes bestimmt ist.

## **Art. 5 Allgemeine Anforderungen**

<sup>1</sup>Mit Leichen und Aschenresten Verstorbener darf nur so verfahren werden, daß keine Gefahren für die öffentliche Sicherheit oder Ordnung, insbesondere für die Gesundheit und für die Belange der Strafrechtspflege zu befürchten sind und die Würde des Verstorbenen und das sittliche Empfinden der Allgemeinheit nicht verletzt werden. <sup>2</sup>Das gilt insbesondere für die Bestattung, die Leichenschau, die Bergung, Verwahrung, Einsargung, Aufbahrung, Beförderung und die Entfernung aus einer Grabstätte (Ausgrabung).

## **Art. 6 <sup>1</sup> Tot- und Fehlgeburten, Körper- und Leichenteile**

(1) <sup>1</sup>Für eine totgeborene oder während der Geburt verstorbene Leibesfrucht mit einem Gewicht von mindestens 500 Gramm (Totgeburt) gelten die Vorschriften dieses Gesetzes und die auf Grund dieses Gesetzes ergangenen Rechtsvorschriften über Leichen und Aschenreste Verstorbener sinngemäß. <sup>2</sup>Eine totgeborene oder während der Geburt verstorbene Leibesfrucht mit einem Gewicht unter 500 Gramm (Fehlgeburt) kann bestattet werden; im übrigen findet Absatz 3 entsprechende Anwendung.

(2) Für aus Schwangerschaftsabbrüchen stammende Feten und Embryonen findet Absatz 3 entsprechende Anwendung.

(3) Körper- und Leichenteile müssen durch den Verfügungsberechtigten oder, wenn ein solcher nicht feststellbar ist oder verhindert ist, durch den Inhaber des Gewahrsams unverzüglich in schicklicher und gesundheitlich unbedenklicher Weise beseitigt werden, soweit und solange sie nicht medizinischen oder wissenschaftlichen Zwecken dienen oder als Beweismittel von Bedeutung sind.

## **Abschnitt 2. Bestattungseinrichtungen**

### **Art. 7 <sup>1</sup> Bereitstellung von Bestattungseinrichtungen**

Die Gemeinden sind verpflichtet, die erforderlichen Bestattungseinrichtungen, insbesondere Friedhöfe und Leichenräume, auch für die Bestattung von Fehlgeburten herzustellen und zu unterhalten, soweit dafür ein öffentliches Bedürfnis besteht.

### **Art. 8 Friedhöfe**

(1) Friedhöfe sind öffentliche Einrichtungen, die den Verstorbenen als würdige Ruhestätte und der Pflege ihres Andenkens gewidmet sind.

## **Leichenschau (LS)**

Jede Leiche muß vor der Bestattung zur Feststellung des Todes, der Todesart (natürlicher oder nicht natürlicher Tod) und der Todesursache von einem Arzt untersucht werden (Leichenschau). Zur Leichenschau in Krankenhäusern ist jeder dort tätige Arzt verpflichtet. Im außerklinischen Bereich kann die Aufforderung zur Durchführung nur von den nächsten Angehörigen, von Personensorgeberechtigten und Polizei erfolgen. ■

### ***Leichenschau durch den Notarzt***

#### **Berechtigung zur Durchführung**

Jeder Notarzt ist prinzipiell dazu berechtigt, die Leichenschau durchzuführen. Einer Berechtigung zur Durchführung der Leichenschau durch den Notarzt kann jedoch unter Umständen ein Behandlungsvertrag eines anderen Arztes entgegenstehen. Exemplarisch wird z.B. für den Raum Bayern in § 1 Abs. 1 Satz 3c Bestattungsverordnung (BestVO) normiert, daß die Leiter von Pflegeheimen, Altenheimen und Altenwohnheimen ..., wenn sich die Leiche dort befindet und wenn sie geschäftsfähig sind, die Leichenschau unverzüglich zu veranlassen haben. Die Auswahl des Arztes bleibt denen nach § 1 BestVO zur Veranlassung der Leichenschau verpflichteten überlassen. Wenn die Träger der genannten Institutionen durch Rahmenvertrag einen niedergelassenen Arzt mit der Durchführung beauftragt haben, fehlt die Rechtsgrundlage für die Durchführung der LS durch den Notarzt. Entgegen der Praktikabilität kann eine derartig durchgeführte LS durch den tätig gewordenen Notarzt, nach erfolgloser Reanimation, nicht liquidiert werden, da diese nicht rechtmäßig zustande gekommen ist.

#### **Verpflichtung zur Durchführung**

Verpflichtet zur Durchführung der Leichenschau ist der Notarzt nur, wenn er diese nach den Regeln der Kunst durchführen kann, das heißt seine Aufgabe als Notarzt nicht vernachlässigen muß. Auch darf er nicht gezwungen werden, wegen der Durchführung der Leichenschau anderweitige Notarzteinsätze abzulehnen. Treten derartige Hinderungsgründe auf, so ist der Notarzt bestenfalls dazu verpflichtet, dafür zu sorgen, daß überhaupt eine Leichenschau veranlaßt und vorgenommen wird. Es mag in diesen Fällen ein niedergelassener oder auch der Amtsarzt um Vornahme der Leichenschau gebeten werden. ■ Dieses pragmatische Vorgehen dürfte, wenn auch nicht immer mit dem Wortlaut, so doch mit dem Sinn der jeweiligen landesrechtlichen Vorschrift in Einklang zu bringen sein.

### ***Durchführung der Leichenschau***

#### **Verweigerungsrecht des Arztes**

Der Arzt kann die Leichenschau nur verweigern, wenn sie ihn oder einen Angehörigen, zu dessen Gunsten ihm in Strafverfahren wegen familienrechtlicher Beziehungen ein Zeugnisverweigerungsrecht zusteht, der Gefahr aussetzen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden.

#### **Zeitpunkt zur Durchführung**

Die Leichenschau soll unverzüglich ohne schuldhaftes Zögern erfolgen, wobei die dringende Behandlung eines Lebenden zweifellos vorgeht. Zur Nachtzeit besteht die Verpflichtung zur unverzüglichen Ausführung nur, wenn Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod bestehen (für Bayern § 1 Abs. 1 Satz 3c BestVO).

#### **Unnatürliche Todesursache**

Finden sich solche Anhaltspunkte, so ist unverzüglich die Polizei zu verständigen und ihr die

Todesbescheinigung zuzuleiten. Diesbezüglich kommt es häufig zu Mißverständnissen, weil der Begriff des nicht natürlichen Todes eine juristische Definition darstellt, die medizinischem Denken zuweilen zuwiderläuft. Hierunter werden nicht nur strafbare Handlungen oder Selbstmorde verstanden, sondern auch Sterbefälle nach Unfällen oder anderweitige Einwirkungen von außen (unter Umständen auch bei Operationen).

*Beachte:* Falls für den Arzt Anhaltspunkte für das Vorliegen eines "unnatürlichen Todes" vorliegen, das heißt auch schon dann, wenn diese aufgrund einer längeren Arzt-Patienten-Beziehung oder sonstiger Erkenntnisse nicht von einem "natürlichen" Tod ausgehen kann, ist im Zweifelsfall eine unnatürliche Todesursache zu bescheinigen. Hiermit entzieht sich der Arzt in jedem Falle dem strafrechtlichen Vorwurf der Verdeckung einer Straftat.

## Feststellung des Todes

Die Verfahren der Wiederbelebung können den Sterbevorgang, der durch den "klinischen Tod" eingeleitet und durch den "biologischen Tod" aller Organe seinen Abschluß findet, aufhalten oder sogar teilweise rückgängig machen. Im Hinblick auf das Beenden moderner Intensivpflegeverfahren (z.B. Beatmung) und der eventuellen Entnahme von Transplantationsorganen ist bei der Leichenschau daher zwischen Individualtod und dem Partieltod einzelner Organe zu unterscheiden. Der Organtod des Gehirns, der sogenannte "Hirntod" wird hierbei mit dem Tod des Individuums gleichgesetzt. Nachdem die Genehmigung zur klinisch-pathologischen Sektion heute zunehmend schwieriger zu erlangen ist, darf mancher Arzt froh sein, über die Meldung des Verdachtes einer unnatürlichen Todesursache eine gerichtliche Sektion herbeiführen zu können. Ein derartiges Vorgehen ist auch bei nicht aufgeklärter Todesursache möglich. Wichtigste Aufgabe der Leichenschau bleibt der Ausschluß des Scheintodes. Es gibt nur drei sichere Todeszeichen:

- \_ Totenstarre
- \_ Totenflecke
- \_ Fäulniszeichen

Mit dem Eintreten der Totenflecke ist beim Liegenden nach einer halben Stunde im Hals- und Nackenbereich zu rechnen, die Starre kann frühestens zwei Stunden nach Todeseintritt festgestellt werden. Daraus ergeben sich Probleme im Gesetzestext zur "unverzöglichen" Vornahme der Leichenschau. Ursachen eines Scheintodes sind besonders Schlafmittel- oder Kohlenmonoxidvergiftungen, Alkoholintoxikationen, Hirntraumen, Strom- und Blitzschläge. Die zweite Hauptaufgabe der Leichenschau ist die Feststellung der Todesursache bzw. Todesart. Hierbei kommt es naturgemäß häufig zu Fehlangaben, wie Nachprüfungen durch Sektionen ergaben. Besonders peinlich kann für den Leichenschauer eine übersehene Tötung sein. Der Staat erwartet vom Leichenschauer eine gehörige Portion Skepsis und Mißtrauen, die der ärztlichen Grundhaltung meist zutiefst widerspricht. Nicht weniger problematisch für den Arzt können Suizidfälle sein, die aus religiösen Gründen oder wegen des Bestehens einer Lebensversicherung vertuscht werden sollen. Deshalb sollte sich jeder Arzt über das Vorgehen bei der Leichenschau gut informieren. ■

## Praktische Durchführung

Die lege artis durchgeführte Leichenschau verlangt neben einer Untersuchung der völlig entkleideten Leiche an der Vorder- und Rückseite die Sorge für gute Beleuchtung bei der Untersuchung, die Untersuchung der Körperöffnungen und die gezielte Untersuchung auf bestimmte Vergiftungssymptome bzw. Zeichen.

Hierbei sind bei der Beurteilung der Frage, ob eine natürliche Todesursache vorliegt, sehr strenge Maßstäbe anzulegen, denn mit der Entscheidung "Tod aus unnatürlicher Ursache" lenkt der Arzt ein Ermittlungsverfahren aufs tote Gleis.

## **Leiche eines Unbekannten - Indizien für nicht natürlichen Tod**

1) Ergeben sich Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod oder wird die Leiche eines Unbekannten, aufgefunden, so dürfen bis zum Eintreffen des Arztes, der die Leichenschau vornimmt, an der Leiche keine

Veränderungen vorgenommen werden, die aus Gründen der Öffentlichen Sicherheit zwingend erforderlich sind (z.B. Entfernen der Leiche aus Gefahrensituationen). Der zur Leichenschau zugezogene Arzt hat sogleich die Polizei zu verständigen und ihr die Todesbescheinigung mit der Durchschrift zuzuleiten. Der Arzt darf keine Todesfeststellung an einem Unbekannten vornehmen. Er hat daher die Identität anhand des amtlichen Ausweises der Leiche festzustellen.

2) Gericht, Staatsanwaltschaft und Polizei können die Todesbescheinigung einsehen.

3) Die Polizei leitet die Todesbescheinigung und deren Durchschrift zusammen mit der Anzeige des Sterbefalls dem für die Beurkundung des Sterbefalls zuständigen Standesbeamten zu. Die Durchschrift der Todesbescheinigung darf dem zur Bestattung Verpflichteten erst ausgehändigt werden, wenn die Staatsanwaltschaft oder der Amtsrichter die Bestattung schriftlich genehmigt hat.

## Leichenschau-Checkliste\*

Name:

Vorname:

geb.:

(Leichenschau muß auch bei nichtidentifizierten Leichen durchgeführt werden!)

Wohn-/Fundort:

Zeitpunkt der Leichenschau (Datum, Uhrzeit):

Sofern der Tod nicht unter Beobachtung eingetreten ist:

I. Verstorbene/r entdeckt von:

Wurde die Lage der Leiche verändert? Reanimationsmaßnahmen? Injektionen? Intubation u.a.?

II. *Umfeld* (Lokalität, Alkoholflaschen, Zigaretten, Medikamente, Spritzen, Hinweise auf Krankheiten, z.B. Krankenschein, Rezepte; Strangwerkzeug, Waffen)

III. *Lage der Leiche* (Rücken – Bauch – rechte/linke Seite – Kopf nach rechts/links – Kopftieflage ja/nein  
Besonderheiten der Extremitätenstellung)

IV. *Bekleidung* (Zustand, Beschädigungen, Verschmutzungen, Blutanhaftungen, Flüssigkeitsdurchtränkungen o.ä.)

V. *Maßnahmen während der Leichenschau* (Kleider ein- oder aufgeschnitten, hochgeschlagen, aufgerissen, geöffnet, ausgezogen)

VI. *Beschreibung der Leiche*

1. Totenstarre (Kiefergelenk: schwach – stark ausgeprägt/gelöst; Arme und Hände: schwach – stark ausgeprägt/gelöst; Beine und Füße: schwach – stark ausgeprägt/gelöst)

2. Totenflecken (nicht – gering – mittel – stark ausgebildet; Farbe: hell – dunkel, rot – blauviolett; wegdrückbar ja/nein; Verteilung entsprechend der Leichenlage, also an den abhängigen Körperpartien ja/nein)

3. Weitere Leichenveränderungen (Fäulnis, Madenbefall, Tierfraß, Waschhautbildung, Mumifizierung, Skelettierung)

4. Geruch (Druck auf linken Rippenbogenrand in der Medioklavikularlinie; an Mund und Nase riechen. Aromatischer Geruch = Verdacht auf Alkohol; knoblauchartiger Geruch = Verdacht auf auf E 605)

\* Quelle: Vock, R., W. Schwerdt: Med. Prax. 80, 1985, 26–28.

5. **Kopf (behaarten Kopf inspizieren, Verletzungen? Tasten nach Frakturen)**
6. **Augen (Bindehäute inspizieren, Taschenlampe! Ektropionieren! Punktförmige Blutungen? – Pupillen: anisokor, nicht – rund, eng – mittelweit – weit. – Sonstiges?)**
7. **Nase (Nasengerüst nicht – intakt, Blutung rechts/links, Abrinnspuren, Verlauf? – Schaumpilz ja/nein. – Sonstiges?)**
8. **Ohren (Blutung rechts/links, Ohröffnung – Abrinnspuren, Verletzungen, punktförmige Blutungen hinter den Ohren? – Sonstiges?)**
9. **Mund (geöffnet – geschlossen; Schaumpilz ja/nein; Erbrochenes ja/nein, Blutung oder Flüssigkeitsaustritt ja/nein. – Abrinnspuren, Verlauf? – Lippeninnenseite un-verletzt; Ätzspuren. – Sonstiges? Mundhöhle: frei – ja/nein; Inhalt? Zunge: hinter – zwischen den Zahnreihen; un-verletzt; Gebiß)**
10. **Hals (Nackeninspektion! Abnorme Beweglichkeit des Halses ja/nein; Würgemale ja/nein; Strangulationsfurche ja/nein, Strangulationswerkzeuge unverändert lassen!)**
11. **Thorax (Verletzungen?)**
12. **Bauch (Verletzungen?)**
13. **Genitale (Urinabgang ja/nein; Blutungen? Fremdkörper?)**
14. **After (Kotabgang, Blutungen? Sonstiges?)**
15. **Arme, Hände (Strommarken, alte/frische Injektionsstellen; Verletzungen; alte/frische suizidale Probierschritte am Handgelenk, Verfärbungen, Fingernagel und Nagelbett inspizieren! Befunde rechts/links?)**
16. **Beine und Füße (Strommarken, Verletzungen, Hautblasen, z.B. bei Barbituratintoxikation?)**
17. **Rücken (Verletzungen?)**
18. **Ernährungszustand (Wichtig bei Säuglingen, Kleinkindern und alten Menschen. – Pflegezustand)**
19. **Sonstige Bemerkungen (Fotografien, Asservierungen, Information durch mit- bzw. vorbehandelnde Ärzte u.a.)**

**Polizei informiert um:                    Uhr durch**

*Bei nichtnatürlicher Todesart, nichtgeklärter Todesart sowie bei unbekanntem Toten unverzüglich Polizei benachrichtigen!*

# Todesbescheinigung – Muster

## Wichtig!

Für die Anmeldung des Sterbefalles möglichst Geburts- und Heiratsurkunde (und bei Eheschließung nach dem 31. Dezember 1957 Abschrift oder Auszug aus dem Familienbuch) und amtlichen Personalausweis des Verstorbenen zum Standesamt mitbringen.

## Vom Standesbeamten auszufüllen!

Standesamt \_\_\_\_\_

Eintragung vollzogen Sterbebuch Nr. \_\_\_\_\_

Eintragung vorgemerkt Vormerkliste Nr. \_\_\_\_\_

## Todesbescheinigung<sup>1)</sup>

### I. Personalangaben

Familiename \_\_\_\_\_

(Ehename), ggf. Geburtsname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geschlecht<sup>2)</sup>  männlich  weiblich

geboren am \_\_\_\_\_

In \_\_\_\_\_

Wohnung \_\_\_\_\_

Straße, \_\_\_\_\_

Hausnummer \_\_\_\_\_

Gemeinde \_\_\_\_\_

Kreis \_\_\_\_\_

Ort des Todes \_\_\_\_\_

Straße, \_\_\_\_\_

Hausnummer \_\_\_\_\_

Gemeinde \_\_\_\_\_

Kreis \_\_\_\_\_

Zeitpunkt \_\_\_\_\_

des Todes \_\_\_\_\_

(auch Name der Anstalt) \_\_\_\_\_

Tag, Monat, Jahr, Uhrzeit \_\_\_\_\_

Für Neugeborene, die innerhalb der ersten 24 Stunden gestorben sind, Lebensdauer in Stunden \_\_\_\_\_

### II. Todesart<sup>1)</sup>

natürlicher Tod

nicht natürlicher Tod<sup>2)</sup> (Unfall, Selbstmord, Tod durch strafbare Handlung oder sonstige Gewalteinwirkung)

nicht aufgeklärt, ob natürlicher oder nicht natürlicher Tod

### III. Zuletzt behandelnder Arzt

Name, Anschrift und Fernsprechnummer des Arztes der Anstalt<sup>1)</sup> \_\_\_\_\_

IV. War der Verstorbene an einer übertragbaren Krankheit im Sinne des Bundes-Seuchengesetzes erkrankt<sup>3)</sup>  ja  nein

Wenn ja, sind besondere Verhaltensmaßregeln bei der Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung zu beachten<sup>3)</sup>  ja  nein

Die Leiche wurde von mir heute zur Feststellung der Todesursache sorgfältig untersucht. Sichere Zeichen des Todes wurden von mir wahrgenommen. Diese und die umsichtigen anderen Angaben auf Grund des von mir gewonnenen Urteils nach bestem Wissen gemacht zu haben, bezeuge ich mit eigenhändiger Unterschrift.

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

<sup>1)</sup> Auch für Totgeborene auszufüllen! Das sind totgeborene oder während der Geburt verstorbene Leibesfrüchte von mindestens 500 Gramm Gewicht

<sup>2)</sup> Es genügen bereits Anhaltspunkte, die für einen nicht natürlichen Tod sprechen.

<sup>3)</sup> Zutreffendes im entsprechenden  ankreuzen.

## V. Todesursache<sup>1)</sup>

(Bitte den Krankheitsablauf in der richtigen Kausalkette angeben, mit dem Grundleiden an letzter Stelle)

Zeildauer zwischen Krankheit und Tod

### A. Klinisch

1. Welche Krankheit oder Verletzung hat den Tod unmittelbar herbeigeführt?<sup>1)</sup> a) \_\_\_\_\_

Welche Krankheiten oder Verletzungen lagen der Angabe unter a) b) \_\_\_\_\_

unter b) c) \_\_\_\_\_

ursächlich zugrunde?

Als Folge von

Als Folge von

Grundleiden

2. Welche anderen wesentlichen Krankheiten bestanden zur Zeit des Todes?

### B. Sektionsbefund

(Bitte den Krankheitsablauf in der richtigen Kausalkette angeben, mit dem Grundleiden an letzter Stelle)

1. Welche Krankheit oder Verletzung hat den Tod unmittelbar herbeigeführt?<sup>1)</sup> a) \_\_\_\_\_

Welche Krankheiten oder Verletzungen lagen der Angabe unter a) b) \_\_\_\_\_

unter b) c) \_\_\_\_\_

ursächlich zugrunde?

Als Folge von

Als Folge von

Grundleiden

2. Welche anderen wesentlichen Krankheiten bestanden zur Zeit des Todes?

<sup>1)</sup> Hierunter fällt nicht die Art des Todesertritts, z.B. Versagen des Herzens oder Kreislaufs, Atemnahrung, Verdauung, allgemeine Schwäche, sondern die Krankheit, Schädigung oder Komplikation, welche den Tod herbeigeführt hat

## VI. Zusatzangaben

### A. Bei Unfall, Vergiftung und Gewalteinwirkung einschließlich Selbstmord

1. uere Ursachen der Schädigung \_\_\_\_\_  
(nähere Angaben über den Hergang)

2. Unfallkategorie<sup>1)</sup> \_\_\_\_\_

- a) Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall)
- b) Schulunfall (ohne Wegeunfall)
- c) Verkehrsunfall (einschließlich Wegeunfall zu a) und b))
- d) Häuslicher Unfall
- e) Sport- oder Spielunfall (außer bei schulischer Veranstaltung oder im Haus)
- f) Sonstiger Unfall (nähere Angaben) \_\_\_\_\_

### B. Bei Kindern unter 1 Jahr und Totgeborenen:

1. Wo wurde das Kind geboren?<sup>1)</sup>

- a) im Krankenhaus
- b) zu Hause
- c) oder wo sonst? \_\_\_\_\_

2. Gewicht und Länge bei der Geburt \_\_\_\_\_ gr \_\_\_\_\_ cm

3. Mehrlingsgeburt<sup>1)</sup>

- ja  nein

C. Bei Frauen (im gebärfähigen Alter). Ist bekannt, ob die Verstorbene

1. schwanger war?<sup>1)</sup>

- ja Monat \_\_\_\_\_
- nein

2. in den letzten 3 Monaten entbunden hat?<sup>1)</sup>

- ja Datum \_\_\_\_\_
- nein

<sup>1)</sup> Zutreffendes im entsprechenden  ankreuzen.



## Kriterien des Hirntodes ■

Der Hirntod ist der vollständige und irreversible Zusammenbruch der Gesamtfunktion des Gehirns bei noch aufrechterhaltener Kreislauffunktion im übrigen Körper. Dabei handelt es sich ausnahmslos um Patienten, die wegen Fehlens der Spontanatmung kontrolliert beatmet werden müssen.

Der Hirntod ist der Tod des Menschen. Der Tod kann daher - außer nach Aufhören von Atmung und Herzschlag - auch dann festgestellt werden, wenn das Vorliegen der nachfolgend aufgeführten Kriterien des Hirntodes in klinischer Symptomatologie, während angemessener Beobachtungszeit und gegebenenfalls mit apparativer Zusatzdiagnostik nachgewiesen ist.

Dabei dienen folgende Feststellungen und Untersuchungsbefunde als Entscheidungshilfen:

### 1. Voraussetzungen

1.1 Vorliegen einer akuten schweren primären oder sekundären Hirnschädigung (*Anmerkung 1*).

1.2. Ausschluß von Intoxikation, neuromuskulärer Blockade, primärer Unterkühlung, Kreislaufschock, endokrinem oder metabolischem Koma als mögliche Ursache oder wesentliche Mitursache des Ausfalls der Hirnfunktion im Untersuchungszeitraum (*Anmerkung 2*).

### 2. Maßgebliche Symptome des Ausfalls der Hirnfunktion

Hirntod wird durch den irreversiblen Verlust der Großhirn- und der Hirnstammfunktion gekennzeichnet:

2.1 Bewußtlosigkeit (Koma);

2.2 Ausfall der Spontanatmung (*Anmerkung 3*);

2.3 Lichtstarre beider wenigstens mittel-, meistens maximal weiten Pupillen, wobei keine Wirkung eines Mydriatikums vorliegen darf;

2.4 Fehlen des okulo-zephalen Reflexes;

2.5 Fehlen des Kornealreflexes;

2.6 Fehlen von Reaktionen auf Schmerzreize im Trigeminiusbereich;

2.7 Fehlen des Pharyngeal-/Trachealreflexes (*Anmerkung 4*).

Das Vorliegen aller dieser Befunde muß übereinstimmend von zwei Untersuchern festgestellt werden (*Anmerkung 5*).

### 3. Ergänzende Untersuchungen

3.1 Wird bei Vorliegen dieser Symptome 2.1 bis 2.7 und der Voraussetzungen 1.1 und 1.2 zusätzlich eine EEG-Untersuchung nach den technischen Richtlinien der Deutschen EEG-Gesellschaft durchgeführt und ergibt sich während einer kontinuierlichen Registrierung über mindestens 30 Minuten eine hirnelektrische Stille (Null-Linien-EEG), so kann - außer bei Säuglingen und Kleinkindern - der Hirntod ohne weitere Beobachtungszeit festgestellt werden. Bei Säuglingen und Kleinkindern bis zum zweiten Lebensjahr muß wegen der physiologischen Unreife des Gehirns die EEG-Registrierung nach 24 Stunden wiederholt werden, bevor der Hirntod festgestellt werden kann (*Anmerkung 6*).

3.2 Wurde bei einer zur Klärung der Art der Hirnschädigung durchgeführten beidseitigen Angiographie bei einem ausreichenden Systemblutdruck ein zerebraler Zirkulationsstillstand nachgewiesen, so kann - wenn die Symptome 2.1 bis 2.7 vorliegen - ebenfalls der Hirntod ohne weitere Beobachtungszeit festgestellt werden (*Anmerkung 7*).

#### 4. Zeitdauer der Beobachtung

Wenn auf das EEG verzichtet werden muß und wenn auch kein angiographischer Befund vorliegt, müssen die unter 2. aufgeführten Ausfallsymptome

- bei Erwachsenen und bei älteren Kindern
- nach primärer Hirnschädigung während mindestens 12 Stunden
- nach sekundärer Hirnschädigung während 3 Tagen mehrmals übereinstimmend nachgewiesen werden, bis der Hirntod festgestellt werden kann.
- Bei Säuglingen und Kindern bis zum zweiten Lebensjahr soll in allen Fällen mit primärer Hirnschädigung die Beobachtungszeit 24 Stunden betragen.

Nachdem die Kriterien des Hirntodes gem. 2. mit 3. oder 4. von zwei Untersuchern vollständig dokumentiert worden sind, ist damit der Tod festgestellt.

## **Todesfeststellung bei Vergiftungen**

Die in der Rechtsmedizin allgemein bekannten sicheren Todeszeichen wie Leichenflecken, Muskelstarre, Leichenkälte, sind bei Vergiftungen oft nicht bewertbar, die unsicheren Todeszeichen wie Atemlosigkeit, auskultatorisch nicht wahrnehmbare Herztöne, fehlender Radialispuls, Areflexie, Blässe, Hypothermie, sind in der Notfallmedizin obsolet. Erst die im EKG nachgewiesene langdauernde Asystolie trotz intensiver kardiopulmonaler Reanimationsmaßnahmen weist auf die Wahrscheinlichkeit des biologischen Todes hin; lichtstarre Pupillen beweisen noch keinen irreversiblen ischämischen Schaden im Gehirn, da auch viele Gifte diese reaktionslosen, weiten Pupillen (auch einseitig) verursachen können.

Im Zweifelsfall stets eine Reanimation versuchen!

Bei Verdacht auf einen Tod durch eine Vergiftung dürfen an der Leiche keine Veränderungen vorgenommen werden, die die Spurensicherung erschweren und es muß sofort die Polizei gerufen werden.

Keine Todesfeststellung an einem Unbekannten, Überprüfung der Identität mit dem Bild des amtlichen Ausweises der Leiche.

## **Arzneimittel- und Stoffwechselintoxikation**

Arzneimittelvergiftung ist das ernsteste Problem bei der Feststellung des Todes. Ist der Ausfall der Hirnfunktionen durch Sedativa oder Schlafmittel oder Lösungsmittel bedingt, so kann er vollständig reversibel sein, auch wenn sie ein klinisches Aussetzen der Hirnfunktionen und elektrische Hirnstummheit bewirken. In Fällen, in denen mit einiger Wahrscheinlichkeit Sedativa eine Rolle spielen, ist ein toxikologisches Screening auf alle in Frage kommenden Pharmaka notwendig. Wird eine exogene Intoxikation entdeckt, so darf keine Todeserklärung abgegeben werden, bis das Gift nicht mehr metabolisiert ist oder der intrakranielle Kreislauf untersucht und dessen Aufhören festgestellt worden ist.

Totale Lähmung kann Reaktionslosigkeit, Areflexie und Apnoe, die den Tod überzeugend simuliert, verursachen. Exposition gegenüber Medikamenten, wie neuromuskuläre Blocker oder Aminoglykosid-Antibiotika, und Krankheiten, wie Myasthenia gravis, sind bei sorgfältiger Prüfung der Anamnese meist offenbar. Länger anhaltende Lähmungen nach Verwendung von Sukzinylnichlorid und verwandten Substanzen erfordert eine Untersuchung auf Pseudocholinesterasemangel. Bestehen Unklarheiten, so werden Stimulation mit Atropin in niederen Dosen, Elektromyogramm, periphere Nervenreizung, EEG, Prüfungen der intrakraniellen Durchblutung oder verlängerte Beobachtung, wie angegeben, die Diagnose eindeutig machen.

Bei arzneimittelinduziertem Koma kann die EEG-Aktivität wieder einsetzen oder fortbestehen, während der Patient reaktionslos bleibt. Deshalb kann das EEG in Verbindung mit einer verlängerten Beobachtung ein wichtiges Hilfsmittel sein. Zeigt das EEG elektrische Hirnstummheit, so können akustische Potentiale mit kurzer Latenz oder somato-sensorisch ausgelöste Potentiale zur Prüfung der Hirnstammfunktionen verwendet werden, da es ungewöhnlich ist, daß diese Potentiale durch Pharmaka beeinflusst werden.

Einige schwere Erkrankungen (z.B. hepatische Enzephalopathie, hyperosmolares Koma und Präterminale Urämie) können tiefe Bewußtlosigkeit verursachen. Bevor ein irreversibler Stillstand der Hirnfunktionen festgestellt werden kann, sind Stoffwechselanomalien in Betracht zu ziehen und möglichst zu korrigieren. Bestätigende Kreislauf- oder EEG-Untersuchungen können notwendig sein.

## **Hypothermie**

Es gibt keine Kriterien für eine verlässliche Feststellung des Todes bei Vorliegen einer Hypothermie (unter 32,2 °C Kerntemperatur). Die Variablen der Hirndurchblutung bei hypothermen Kranken sind nicht eingehend genug untersucht, um zu wissen, ob Prüfungen auf fehlende oder verringerte Durchblutung beweiskräftig sind. Hypothermie kann Hirntod gemäß den üblichen klinischen Kriterien vortäuschen und gegen neurologische Schäden infolge Hypoxie abschirmen. Weitere Komplikationen ergeben sich daraus, daß die Hypothermie

gewöhnlich dem Tod vorausgeht oder ihm folgt. Wenn diese komplizierenden Faktoren es unklar machen, ob eine Person lebt, besteht die einzige Maßnahme zur Lösung des Problems darin, wieder eine Normothermie herzustellen. Hypothermie ist keine häufige Ursache von Schwierigkeiten bei der Feststellung des Todes.

## **Kinder**

Das Gehirn von Kleinst- und Kleinkindern ist widerstandsfähiger gegen Schäden und kann im Vergleich zu Erwachsenen selbst nach längeren Perioden der Reaktionslosigkeit auf neurologische Prüfung wesentliche Funktionen wiedererlangen. Ärzte sollen nur mit größter Vorsicht neurologische Kriterien zur Feststellung des Todes bei Kindern unter fünf Jahren anwenden.

## **Plötzlicher Kindstod** ■

Unter dem plötzlichen Kindstod, international als "sudden infant death syndrom" (SIDS) bezeichnet, versteht man den plötzlichen und unerwarteten Tod eines Säuglings im Alter von 8 bis 14 Tagen bis zum ersten Lebensjahr, maximal bis zu zweieinhalb Jahren, scheinbar aus voller Gesundheit oder nur mit banalen Erkrankungen, ohne klinisch oder autopsisch auffindbare Todesursache. Mit Rückgang der allgemeinen Säuglingssterblichkeit handelt es sich hierbei nach Beendigung der Perinatalperiode bis zum ersten Lebensjahr um die wichtigste Todesursache überhaupt (ein bis vier Promille). Etwa 50 Prozent ereignen sich im ersten und zweiten Lebensmonat, nur wenige noch nach dem ersten Lebensjahr. Die Säuglinge werden meist morgens in ihrem Bettchen aufgefunden und weisen nahezu regelmäßig sichere Todeszeichen auf, so daß davon auszugehen ist, daß der Tod in der nächtlichen Schlafphase auftrat. Alle Versuche, eine allgemein gültige und gesicherte Theorie über die Todesursache aufzustellen, sind bisher gescheitert. Moderne Auffassungen gehen dahin, daß im Immunitätstief des Säuglings durch Nachlassen der Leihimmunität der Mütter ein primärer Atemstillstand durch Atemregulationsstörungen im Schlaf bei eingeschränkter Anpassungsfähigkeit des kardio-respiratorischen Systems vorliegt. Auf einen einfachen Nenner gebracht, könnte man sagen, daß die Säuglinge "vergessen, zu atmen". Eine sichere Prophylaxe gegen derartige Ereignisse ist derzeit nicht möglich.

Mit der Angabe einer nichtgeklärten Todesursache auf dem Leichenschauchein und Benachrichtigung der Kriminalpolizei setzt der Arzt ein Vermittlungsverfahren in Gang, das in der Regel auf Anordnung der Staatsanwaltschaft zur gerichtlichen Leicheneröffnung führt. Damit sollen nicht zuletzt fremde Gewalteinwirkung, Kindsmißhandlungen, Vernachlässigungen oder Tötungen ausgeschlossen werden. Auch wenn die Vermutung, daß etwa zehn Prozent der plötzlichen Säuglingstodesfälle Tötungsdelikten entsprechen, übertrieben ist, so bleibt eine gewisse Dunkelziffer vorhanden, die auch durch rechtsmedizinische Untersuchungen nicht erhellt werden kann.

## **Todesfeststellung bei lebenden Vergifteten** ■

Eine für tot erklärte britische Farmersfrau, deren Schnarchen in der Leichenhalle zu ihrer Wiederbelebung geführt hat, verzichtet auf eine Klage gegen den Arzt, der sie ins Leichenhaus bringen ließ. Die unter Depressionen leidende Frau hatte an Silvester mit Schlaf- und anderen Tabletten einen Selbstmordversuch unternommen. Der Hausarzt fand keine Lebenszeichen mehr und ließ die vermeintliche Tote in die Leichenkammer eines Krankenhauses in der Nähe von Cambridge bringen. Dort sah ein Leichenwäscher am Neujahrstag eine Bewegung an einer Beinader der Frau, glaubte Atemzüge zu erkennen und zwei Schnarchtöne zu hören.

## **Todesfeststellung bei Schockgeschehen**

Ärzte sollten neurologische Kriterien zur Feststellung des Todes bei Patienten im Schock nur mit besonderer Vorsicht anwenden, weil die verringerte Hirndurchblutung die klinische Untersuchung und Labortests unverlässlich machen kann.

## **Honoraransprüche gegenüber Verstorbenen**

Ein Patient stirbt während oder nach Krankenhausaufenthalt, ohne die Arztkosten bezahlt zu haben. Der Ehepartner ist nicht in jedem Fall verpflichtet, die Rechnungen zu begleichen. Das trifft dann zu, wenn die Kosten die wirtschaftlichen Verhältnisse deutlich übersteigen. Dieses Urteil könnte auch für die ambulante Krankenbehandlung gelten. (Urteil des Bundesgerichtshofs Az.: XII ZR 226/90)