



Die *1000* Medizinische Welt 8/86

Originalien
und Übersichten für den
niedergelassenen Arzt

Aktuelle Fragen – Rechtsmedizin in der Praxis

Plötzlicher Kindstod

Begutachtung von Sexual-
delikten

Drogenüberwachung

Alkohol und Fahrtaug-
lichkeit

Psychopharmaka im
Straßenverkehr

Leichenschau – gerichtliche
Leichenöffnung



 **Schattauer**

Für die Praxis

Impressum	8
Kurz und aktuell	9
Berichte	11
Rheumatherapie aktuell	12
Blickdiagnose	
Erkrankungen des endokrinen Systems: Akromegalie	
F. W. Tischendorf	216

Fortbildung aktuell
Aktuelle Fragen – Rechtsmedizin in der Praxis
Einführung in die Thematik

W. Spann	217
----------	------------

Leichenschau – gerichtliche Leichenöffnung

W. Eisenmenger	219
----------------	------------

Plötzlicher Kindstod

H. Bratzke	223
------------	------------

Kindesmißhandlung – körperliche Untersuchung

C. Baur	227
---------	------------

Begutachtung von Sexualdelikten

Th. Steinbach	230
---------------	------------

Praktischer Arzt und Drogenüberwachung

L. v. Meyer	234
-------------	------------

Akute und chronische Vergiftungen mit Schwermetallen

G. Drasch	237
-----------	------------

Fortbildung aktuell

Aktuelle Fragen – Rechts- medizin in der Praxis

Alkohol und Fahrtaug- lichkeit

M. Schuck 240

Psychopharmaka im Straßen- verkehr

G. Kauert 243

Nachweis von Begleitstoffen in alkoholischen Getränken, in Blut und Körperflüssig- keiten und deren Bedeutung

T. Gilg 246

Behandlung von Jugend- lichen, Kindern und geria- trischen Patienten aus arztrechtlicher Sicht

E. Liebhardt 249

Report

Nachrichten aus Forschung
und Industrie

Diabetes mellitus – 52
Present and Future

Ärztlicher Arbeitskreis 53
»Kopfschmerz«

Preisausschreibungen 54

Hochschulnachrichten 57

W. Eisenmenger

Leichenschau – gerichtliche Leichenöffnung*

Aus dem Institut für Rechtsmedizin der Universität München
(Vorstand: Prof. Dr. W. Spann)

Die Leichenschau gehört zu den ärztlichen Leistungen, die gemeinhin als unproblematisch angesehen werden. Gleichwohl sind mit ihr zahlreiche juristische wie auch medizinische Schwierigkeiten verbunden. Schon die Gesetzeslage – die Leichenschau wird durch Ländergesetze, also nicht bundeseinheitlich, geregelt – ist dem Arzt oft nicht gegenwärtig. Die Auswirkungen und Folgen von Fehlern bei der Leichenschau können enorm sein. Es empfiehlt sich daher, sich mit den gesetzlichen Bestimmungen vertraut zu machen und sich der medizinischen Probleme stets bewußt zu sein.

Als Anfang der 70er Jahre ein neues Bayerisches Bestattungsgesetz in Kraft trat, wurde dies zwar von der Ärzteschaft allgemein begrüßt, weil deren Kompetenzen insoweit erweitert wurden, daß das **Recht** zur Leichenschau allen approbierten Ärzten übertragen wurde. Es fehlte aber schon damals nicht an warnenden Stimmen, die auf die gleichzeitige Verankerung der **Pflicht** zur Leichenschau, die damit verbundene Verantwortung und die erforderlichen Kenntnisse hinwiesen. Zwischenzeitlich liegen genügend Erfahrungen vor, um konstatieren zu können, daß sich die Regelung im großen und ganzen bewährt hat, wobei aber immer wieder Einzelfälle bekannt wurden, bei denen gravierende Fehler bei der Durchführung der Leichenschau aufgedeckt wurden. Presseberichte, in denen solche Fälle spektakulär herausgestellt wurden, schadeten dem Ansehen des betroffenen Arztes mindestens ebenso schwer, wie behauptete oder nachgewiesene Kunstfehler am Lebenden. Auch bestehen immer wieder Unklarheiten, wie es mit der Verpflichtung zur Leichenschau steht, z. B. beim notärztlichen Einsatz, und ob ein bestimmtes Vorgehen vorgeschrieben ist. Im folgenden soll deshalb sowohl auf die gesetzlichen Grundlagen wie auf die Schwachstellen eingegangen werden.

Die Leichenschau wird in der Bundesrepublik durch Ländergesetze geregelt. In Bayern ist dies das **Bestattungsgesetz von 1970**, geändert 1974, mit den jeweiligen Durchführungsverordnungen. Es sei gleich hier erwähnt, daß andere Ländergesetze erheblich von den bayerischen Regelungen abweichen. Ärzte, die an den Grenzen zu Baden-Württemberg und Hessen über die Landesgrenzen hinweg tätig

sind, müssen folglich sich u. U. auch noch mit anderen Bestimmungen vertraut machen. Es würde aber zu weit führen, auf diese Unterschiede näher einzugehen, ich möchte mich auf die wichtigsten Bestimmungen in Bayern nachfolgend beschränken:

Da ist zunächst einmal die grundlegende Regelung, daß jede Leiche von einem **Arzt** untersucht werden muß, um

- den eingetretenen Tod,
- die Todesart, nämlich natürlicher oder nichtnatürlicher Tod und
- die Todesursache festzustellen.

Ein Arzt ist allerdings nur nach Aufforderung durch einen bestimmten Personenkreis zur Leichenschau verpflichtet. Dies sind die nächsten Angehörigen bis zu Neffen und Nichten und Verschwägte ersten Grades, Personensorgeberechtigte wie z. B. beim Tod im Krankenhaus der leitende Arzt, und die Polizei, falls keine Angehörigen oder Sorgeberechtigten da sind.

Verpflichtet zur Leichenschau ist jeder Arzt, der in dem Gebiet der Kreisverwaltungsbehörde, in dem sich die Leiche befindet, oder in dem Gebiet einer angrenzenden kreisfreien Gemeinde niedergelassen ist, und in Krankenhäusern und Entbindungsheimen jeder dort tätige Arzt. Um das mit den Kreisen und kreisfreien Städten an einem einfachen Beispiel zu erklären: Ein Arzt, der im Landkreis München niedergelassen ist, muß nur im Landkreis der Aufforderung folgen, er muß nicht in die Stadt. Der in der Stadt Niedergelassene **muß** dagegen auch dem Ruf in den Landkreis folgen. Für den Notarzt ergibt sich daraus, daß er nur dann die Leichenschau durchführen muß, wenn er niedergelassener Arzt ist, aber es wäre natürlich unlogisch, wenn ein ange-

* Vortrag anlässlich der 74. Fortbildungstagung für Ärzte am 17. 5. 1985 in Regensburg.

stellter Notarzt Reanimationsversuche einstellt, aber sich weigert, dann auch Leichenschau zu machen, nur weil er nicht niedergelassen ist.

Verweigern kann ein nach dem Gesetz verpflichteter Arzt die Leichenschau dann, wenn sie ihn oder einen nahen Angehörigen der Gefahr aussetzen würde, strafrechtlich verfolgt zu werden, also z. B. wenn er befürchten muß, selbst einen Behandlungsfehler begangen zu haben, der den Tod herbeigeführt hat.

Berechtigt ist der Leichenschauer, jederzeit die Räume zu betreten, in denen der Tote sich befindet. Auch hat er ein Auskunftsrecht gegenüber den zuletzt berufsmäßig behandelnden bzw. pflegenden Personen, d. h. also, daß der zuletzt behandelnde Arzt ihm Auskunft erteilen muß und auch sogar Unterlagen vorlegen muß. Ob diese Bestimmung wirklich rechtmäßig ist im Hinblick auf die Schweigepflicht im Strafgesetzbuch, ist nicht ganz unumstritten. Aus unserer Erfahrung kann man jedenfalls feststellen, daß es nur selten vorkommt, daß ein Leichenschauer, der nicht selbst behandelnder Arzt eines Verstorbenen war, den letztbehandelnden Arzt nach dieser Bestimmung konsultiert, obwohl z. B. in großen Städten diese Konstellation häufig vorkommt.

Nach der Durchführungsverordnung muß die Leichenschau **unverzüglich** vorgenommen werden. Unverzüglich ist juristisch definiert als: Ohne schuldhaftes Zögern. Wenn ein Arzt mit der dringenden Behandlung eines Lebenden beschäftigt ist, so geht diese ohne jeden Zweifel vor. Schwieriger ist es mit der Aufforderung zur Leichenschau zur Nachtzeit. Formell müßte der Arzt auch da unverzüglich erscheinen, aber es heißt in der Durchführungsverordnung, daß die Leichenschau von den dazu Verpflichteten zwar unverzüglich zu veranlassen sei, zur Nachtzeit jedoch nur, wenn Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod vorliegen. Man wird folgern können, daß der Leichenschauer nicht schlechter gestellt sein soll als der, der die Leichenschau veranlassen muß. Praktisch sieht es wohl nicht so kompliziert aus. Ist jemand als Notarzt zum Lebenden

oder Sterbenden gerufen, wird er sicher immer erscheinen, soweit ihm nicht der schon eingetretene Tod mitgeteilt wird. Wird einem telefonisch mitgeteilt, der Patient sei tot, man solle zur Durchführung der Leichenschau erscheinen, so wird man nur bei Anhaltspunkten eines nichtnatürlichen Todes unverzüglich zur Nachtzeit erscheinen müssen.

Finden sich **Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod** oder wird die Leiche eines Unbekannten gefunden, so muß der Leichenschauer sogleich die Polizei verständigen und ihr die Todesbescheinigung zuleiten. Bei dieser Bestimmung sind Mißverständnisse vorprogrammiert, weil der Begriff des nichtnatürlichen Todes eine juristische Definition ist, die medizinischem Denken zuweilen zuwiderläuft. Definiert wird der Begriff in einer gemeinsamen Bekanntmachung des Justiz-, Finanz- und Innenministeriums als Tod, der durch Selbstmord, Unfall, strafbare Handlung oder sonst durch Einwirkung von außen herbeigeführt wurde. Für den Juristen mag diese Definition klar sein, mitnichten für den Mediziner. Die häufigsten Irrtümer ergeben sich bei längeren Überlebenszeiten nach einem Unfall. Wenn z. B. ein Greis in seiner Wohnung sich einen Schenkelhalsbruch durch Ausgleiten beim Erheben vom Sofa zuzieht, danach 6 Wochen bettlägerig ist und dann an der hypostatischen Pneumonie verstirbt, wird es den wenigsten Ärzten einleuchten, das als nichtnatürlichen Tod anzusehen, obwohl es per definitionem einer ist. Auch beim Exitus in tabula bei schwerer natürlicher Erkrankung wird der Leichenschauer in der Regel das als natürlichen Tod ansehen, obwohl es ein unnatürlicher Tod per definitionem ist, wenn die Belastung des Eingriffs den Tod herbeigeführt hat. Oder wie soll man z. B. einen Bolustod einordnen, wenn ein großes Fleischstück im Kehlkopfeingang steckenbleibt? Selbst grobe Mißverständnisse sind möglich, wie der Fall eines Kollegen zeigte, der bei Tod an schwerem Schädel-Hirn-Trauma angekreuzt hatte, es liege ein natürlicher Tod vor. Von dem die Leichenschauscheine kontrollierenden Amtsarzt zu diesem Widerspruch befragt, äußerte er, es

sei doch natürlich, daß jemand an einer so schweren Verletzung sterbe.

Nun gibt es auf dem Leichenschauschein ja noch eine dritte Rubrik: **Nicht aufgeklärt, ob natürlicher oder nichtnatürlicher Tod.**

Es ist im Gesetz nicht ausgeführt, ob man der Polizei einen solchen Fall auch melden muß. Formell nicht, aber logischerweise schon, denn der nichtnatürliche Tod ist ja dann nicht ausgeschlossen. Man kann jedem Leichenschauer aus der Sicht der Rechtsmedizin nur empfehlen, diese Rubrik bei ihm unbekanntem Toten häufiger anzukreuzen und der Polizei zu melden. Die traurige Erfahrung vieler Ärzte geht allerdings dahin, daß mancher Polizist das nur ungern sieht, weil dadurch viel Arbeit auf ihn zukommt. Wir selbst hören dann oft von Beamten, daß das doch unnötig sei, keine natürliche Todesursache anzunehmen, wenn alte Leute verstorben seien. Aber warum soll eigentlich der Arzt den schwarzen Peter behalten? Wir haben oft genug erlebt, daß, wenn nach einiger Zeit Gerüchte über ein unnatürliches Ableben einer Person auftauchten und dann, weil die Gerüchte nicht verstummt, irgendwann exhumiert und sezirt wird, die Vorwürfe der Angehörigen, aber auch die der Polizei und Staatsanwaltschaft, den Leichenschauer treffen. Wenn man dagegen eine nichtgeklärte Todesursache der Polizei meldet, dann liegt die Verantwortung letzten Endes beim Staatsanwalt, ob er obduzieren läßt oder nicht und unsere Erfahrung zeigt, daß in unserem Einzugsbereich dann in aller Regel die Obduktion angeordnet wird. Das hat auch Vorteile für den Arzt, denn in vielen Fällen ist er ja an der eigentlichen Todesursache sehr interessiert und hätte gerne eine Kontrolle seiner diagnostischen und therapeutischen Bemühungen, gerade wenn er z. B. einen Unfallverletzten als Notarzt mehr oder weniger lange betreut hat. Die Befundweitergabe nach gerichtlicher Sektion ist zwar etwas umständlich, weil zuerst vom Obduzenten dazu die Genehmigung der Staatsanwaltschaft eingeholt werden muß, aber in München machen wir das telefonisch und nur, wenn gegen den behandelnden Arzt ein Kunstfehllervorwurf erhoben wur-

de, wird die Genehmigung versagt werden. Es gibt darüber hinaus eine Möglichkeit, selbst bei der Obduktion zugezogen zu werden nach § 87 der Strafprozeßordnung. Die Bestimmung, die meistens den Staatsanwälten selbst nicht geläufig ist, lautet: »Dem Arzt, welcher den Verstorbenen in der dem Tode unmittelbar vorausgegangen Krankheit behandelt hat, ist die Leichenöffnung nicht zu übertragen. Er kann jedoch aufgefordert werden, der Leichenöffnung beizuwohnen, um aus der Krankheitsgeschichte Aufschlüsse zu geben.«

Ist ein Arzt wirklich interessiert, an einer Sektion teilzunehmen, sollte er sich nicht scheuen, auch einmal einen Juristen auf das Bestehen dieser Möglichkeit hinzuweisen.

Nachdem die Genehmigung zur klinisch-pathologischen Sektion heute zunehmend schwieriger zu erlangen ist, sind im Münchner Raum viele Kollegen froh, daß ihre Meldungen über Verdacht auf unnatürliche Todesursache zur gerichtlichen Sektion führen. Das darf natürlich nicht dazu führen, daß der Verdacht auf unnatürlichen Tod geäußert wird, nur um eine Sektion zu erwirken, wenn eine pathologische Sektion verweigert wurde. Ausdrücklich sei hervorgehoben, daß wir eine Meldung an die Polizei auch und vor allem beim plötzlichen Tod unter oder unmittelbar nach ärztlicher Behandlung für notwendig halten. Wir haben fast immer erlebt, daß dabei gravierende pathologische Veränderungen gefunden wurden, die juristisch entlastend waren. Wenn dagegen in solchen Fällen zunächst natürlicher Tod attestiert wurde und die Angehörigen dann Anzeige erstatten, so wird die von Amts wegen zur Skepsis verpflichtete Staatsanwaltschaft darin meist den Versuch der Vertuschung und Verschleierung sehen und auch anderen Äußerungen dieses Arztes mißtrauisch gegenüberstehen.

Am Ende meiner Ausführungen zu den gesetzlichen Bestimmungen komme ich zu den **angedrohten Strafen bei Zuwiderhandlungen** gegen das Gesetz.

Diese sind relativ gering, da sie unter die Ordnungswidrigkeiten fallen, folglich Geldbußen zur Folge ha-

ben. Bestraft wird ein Arzt dann, wenn er der Aufforderung zur Leichenschau nicht oder nicht rechtzeitig nachkommt, nicht das vorgeschriebene Formular verwendet oder bei Anhaltspunkten für nichtnatürlichen Tod nicht unverzüglich die Polizei verständigt.

Nachfolgend möchte ich nun auf die **besonderen Gefahren und Schwachpunkte bei der Leichenschau** eingehen.

Man führe sich nochmals vor Augen, was der Zweck der Leichenschau ist: Wichtigste Aufgabe ist zunächst die Feststellung des eingetretenen Todes, also Ausschluß eines Scheintodes. Viele Kollegen glauben, daß es Scheintodesfälle gar nicht gebe, deshalb sei hervorgehoben, daß wir allein 1980 vier Scheintodesfälle zu begutachten hatten, und von den betroffenen Personen immerhin zwei noch leben. Wichtig ist zu wissen, daß bei diesen Fällen eine vita minima vorhanden ist, die ohne tastbaren Herz- und Pulsschlag und ohne sichtbare Atembewegungen besteht. Selbst ein bei einem dieser vier Fälle abgeleitetes EKG war ohne Potentialschwankungen. Es kann deshalb nicht oft genug betont werden, daß es nur drei sichere Todeszeichen gibt, nämlich

- Totenstarre,
- Totenflecke und
- Fäulniszeichen.

Zuerst ist mit dem Auftreten der Totenflecke zu rechnen, etwa nach einer halben Stunde im seitlichen Halsbereich und Nacken beim Liegenden. Mit dem Eintreten der Starre ist dagegen frühestens nach zwei Stunden, zumeist am Kiefer zu rechnen, so daß die Suche nach sicheren Todeszeichen im Notfalleinsatz sich in der Regel auf die Totenflecke konzentrieren muß. Gerade wegen der Zeitdauer, die die sicheren Todeszeichen bis zu ihrer Ausprägung erfordern, ist die Bestimmung im Gesetz über die unverzügliche Vornahme der Leichenschau bisweilen problematisch, gerade in den Fällen, wo man zur Nothilfe gerufen wird und der Patient kurz vor dem Eintreffen oder während der ärztlichen Maßnahmen verstirbt. In solchen Fällen kann man nur umfangreiche Reanimationsbemühungen empfehlen. Bestehen auch nur die

geringsten Zweifel am eingetretenen Tod, so ist ein Transport ins Krankenhaus unter Fortführung der Reanimation das beste, wobei dann oft allein schon durch die Transportzeit, vor allem aber wegen der optimalen äußeren Bedingungen im Krankenhaus, die Feststellung des eingetretenen Todes erleichtert wird.

Wird vor oder während des Transportes der sichere Tod schon festgestellt, so braucht die einmal im Krankenwagen befindliche Leiche nach § 38 der Dienstanweisung für den Rettungsdienst nicht mehr ausgeladen zu werden, sondern kann zur nächsten Leichenhalle eines Friedhofes, eines Krankenhauses oder eines pathologischen oder rechtsmedizinischen Institutes gebracht werden.

Wichtig ist natürlich die **Kenntnis der Ursachen eines Scheintodes**.

Dies sind vor allem Vergiftungen, speziell mit Schlafmitteln, Kohlenmonoxid und Alkohol bei gleichzeitiger Auskühlung, Hirntraumen, alle Komaformen bei Stoffwechselstörungen, Strom- und Blitzschläge, Epilepsie und Anoxämie jedweder Genese. Drei der vier erwähnten Scheintodesfälle, die wir 1980 zu begutachten hatten, waren Vergiftungen mit Schlafmitteln. Sollte eine dieser Todesursachen in Frage kommen und Sie finden zunächst keines der sicheren Todeszeichen, so sind immer umfangreichere Reanimationsmaßnahmen angezeigt. Dabei muß man auch berücksichtigen, daß bei längerer Liegezeit eines solchen Patienten in der Kälte dessen Körper völlig ausgekühlt sein kann, ja es kann sogar eine leichte Muskelstarre, die sogenannte Kältestarre, vorhanden sein. In sehr seltenen Fällen mag es sogar geboten sein, eine nochmalige Besichtigung der Leiche vorzunehmen, um sich über den tatsächlich eingetretenen Tod Gewißheit zu verschaffen.

Die zweite Aufgabe der Leichenschau ist, wie erinnerlich, die Feststellung der Todesursache und daraus abgeleitet, der Todesart. Daß hier eine Vielzahl objektiver Fehlleistungen erfolgt, ist dem Kenner der Materie klar. Nachkontrollen der vom Leichenschauer angegebenen Todesursachen durch Sektion ergaben bis zu 60% Fehldiagnosen, wobei statistische

Auswertungen ergeben haben, daß interessanterweise Irrtümer über die Todesursache häufiger im Krankenhaus als beim niedergelassenen Arzt vorkamen. Wenn man sich vor Augen führt, daß auf solchen Angaben unsere Todesursachenstatistiken beruhen und alle Gesundheitspolitiker damit die Güte bzw. Mängel der Gesundheitsvorsorge im jeweiligen Staat zu beweisen pflegen, dann ist dies sicher nur ein Argument, vorsichtig zu sein. Es sollte jedem Kollegen auch einleuchten, welche große Verantwortung im Hinblick auf Seuchenprophylaxe er bei der Leichenschau trägt. Wir haben z. B. in den letzten Jahren eine beträchtliche Zahl nicht bekannter florider Tuberkulosen bei unseren Sektionen gefunden. Auch die Abklärung epidemiologischer Gesichtspunkte beim plötzlichen Kindstod oder Todesfälle durch Pseudo-Krupp erfordern gezielte Untersuchungen, die in der Regel nur der Leichenschauer initiieren kann.

Letzten Endes ist der Leichenschauer Sachwalter der Interessen seines Patienten auch über den Tod hinaus, wenn es um berufsbedingte Erkrankungen und ihre kausale Verknüpfung mit dem Tod geht. Die häufigste Ursache von Exhumierungen sind nach unserer Erfahrung Rentenbegehren gegenüber Berufsgenossenschaften, wenn ein Zusammenhang zwischen Tod und berufsbedingter Tätigkeit behauptet wird, aber keine Obduktion erfolgt war. Man tut deshalb oft den Angehörigen eines Verstorbenen keinen Gefallen, wenn man die Leichenschau möglichst problemlos abwickeln will.

Geradezu peinlich kann aber die Aufdeckung einer bei der Leichenschau übersehenen Tötung sein. Es ist klar, daß gerade diese Aufgabe, nämlich das Erkennen einer Tötung, die vertuscht werden soll, besonders schwierig zu erfüllen ist. Der Staat erwartet ja vom Leichenschauer eine gehörige Portion Skepsis und Mißtrauen, die der ärztlichen Grundhaltung zutiefst widerspricht. Wenn man bedenkt, daß die Mehrzahl aller Täter bei Tötungsdelikten aus dem engsten Familien- bzw. Bekanntenkreis des Opfers stammt und man diesen Personenkreis als Hausarzt auch als Patien-

ten betreut und die Leichenschau dann unter den Augen eines möglichen Täters durchführen muß, so ist dies nur ein Aspekt. Ein anderer Aspekt, den die Juristen leicht übersehen, ist die Empörung der Hinterbliebenen, wenn ein Arzt glaubt, einen Anhaltspunkt für nichtnatürlichen Tod zu haben und dann die Polizei verständigt und die Ermittlungen nichts ergeben. Suizidfälle, die aus religiösen Gründen oder wegen des Bestehens einer hohen Lebensversicherung vertuscht werden sollen, sind für den Arzt nicht weniger problematisch.

Wie kann man diesen Aufgaben gerecht werden? Über das Vorgehen bei der Leichenschau bestehen in Bayern keine festen Vorschriften, im Gegensatz z. B. zu Rheinland-Pfalz, wo die Entkleidung der Leiche verlangt wird. Sicher wird man im Regelfall die Leiche nicht völlig entkleiden können, aber es empfiehlt sich doch die Untersuchung am freigemachten Oberkörper, was man damit motivieren kann, daß man zunächst das Herz abhören will und dann die Totenflecken am Rücken besichtigen müsse. Skepsis ist angebracht bei allen aufgeklebten Pflastern, denn Stiche und Schüsse werden damit bisweilen verdeckt und unsere Erfahrung lehrt, daß bei diesen Verletzungen die Blutung häufig fast ausschließlich nach innen und nicht nach außen erfolgt. Geformte oder sehr ausgedehnte Hämatome und solche an mehreren entgegengesetzten Körperpartien sollten ebenfalls Zweifel wecken, vor allem bei plötzlich verstorbenen Kindern. Nach unserer Erfahrung ist allerdings häufigste Ursache eines nichterkannten Tötungsdeliktes eine Gewalteinwirkung am Hals durch Würgen oder Drosseln. Dabei können die Verletzungen der Halshaut oder Hämatome so diskret sein, daß man sie leicht übersieht. Zumeist findet man allerdings punktförmige Ekchymosen in den Konjunktiven, nach denen man unauffällig suchen kann, wenn man unter der Begründung, den Pupillenreflex zu prüfen, das Unterlid nach unten zieht. Verantwortungsvoll ist auch das Erkennen von Stromtodesfällen. Typische Strommarken können nämlich fehlen oder z. B. so klein oder so

versteckt sein, daß sie dem oberflächlichen Blick entgehen. Gerade wenn ein Stromfluß durch den Körper so abläuft, daß ein Austritt an den Füßen in die Erde erfolgt, werden z. B. an den Fußsohlen Strommarken auftreten können, die bei der Leichenschau nicht registriert werden, weil wohl kaum jemand dabei die Füße kontrolliert. Wenn dann ein defektes Elektrogerät vom nächsten Familienangehörigen oder Arbeitskollegen benutzt wird und der wieder zu Tode kommt, so lastet auf dem Leichenschauer nicht nur juristisch der Vorwurf der fahrlässigen Tötung, sondern auch die moralische Schuld. Gleiche Probleme ergeben sich oft auch bei der Kohlenmonoxidvergiftung. Wir haben oft Unglücksfälle erlebt bei undichten Kaminen oder verschmutzten Durchlauferhitzern. Wenn jemand dann tot in der Wohnung liegt und man erkennt nicht an den hellroten Totenflecken diese Form der Vergiftung, dann ist der nächste Bewohner dieser Wohnung in ständiger Lebensgefahr.

Daß Vergiftungen allgemein besondere Probleme der Erkennung aufwerfen, bedarf keiner besonderen Betonung. Erschwerend kommt in jüngster Zeit vielleicht hinzu, daß durch die »ökologische Welle« pflanzliche Vergiftungen vorkommen, die aus dem Bewußtsein des Arztes verschwunden sind. Geradezu hysterische Züge kann man darüber hinaus im Zusammenhang mit Fragen der Umwelttoxikologie beobachten, wobei auch hier oft die Vorwürfe den Leichenschauer treffen, wenn er allzu schnell natürlichen Tod attestiert.

Ich möchte erreichen, daß der Arzt vor dem Hintergrund der angesprochenen Aspekte die eigene Routine in diesem Bereich überdenken und daß ihm gewisse Schwachpunkte und Gefahren sowohl im Gesetz wie in der praktischen Durchführung der Leichenschau bewußt werden sollen. Um so leichter wird es sein, Fehler und Irrtümer zu vermeiden.

(Anschrift des Verf.: Prof. Dr. W. Eisenmenger, Institut für Rechtsmedizin der Universität, Frauenlobstraße 7a, D-8000 München 2)