



Die ärztliche Leichenschau

Die ärztliche Leichenschau ist beim Versterben jedes Menschen vorzunehmen. Rechtsgrundlagen sind v. a. das Berliner Bestattungsgesetz (BestG)¹ sowie die hierzu erlassene Durchführungsverordnung (DVO-BestG),² die zuletzt mit Wirkung zum 29.01.2016 geändert worden ist.³

1. Begriff der Leichenschau

Nach dem Berliner Bestattungsgesetz (BestG) ist jede Leiche zur Feststellung des Todes, des Todeszeitpunkts, der Todesart und der Todesursache von einem Arzt⁴ zu untersuchen (Leichenschau). Unter einem Leichnam ist der Körper eines Menschen nach zuverlässiger Feststellung des eingetretenen Todes zu verstehen. Als Leiche gilt auch der Körper eines Neugeborenen, wenn dieses entweder – ausweislich Herzschlags, Pulsierens der Nabelschnur oder natürlicher Lungenatmung – lebend geboren und nach der Geburt verstorben ist oder wenn das Geburtsgewicht ohne Vorliegen eines dieser Lebenszeichen mindestens 500 g betrug (Totgeburt).

2. Berechtigung und Verpflichtung zur Leichenschau

Zur Durchführung der Leichenschau berechtigt ist jeder Arzt. Eine Ausnahme gilt nur für Verlobte, Ehegatten und Lebenspartner des Verstorbenen i. S. d. Lebenspartnerschaftsgesetzes sowie für dessen (sonstige) Verwandte bis zu einem bestimmten Verwandtschaftsgrad (vgl. im Einzelnen § 3 Abs. 4 BestG i. V. m. § 52 Abs. 1 Strafprozessordnung). Verpflichtet, die Leichenschau vorzunehmen, ist jeder niedergelassene Arzt sowie bei Sterbefällen in Krankenhäusern jeder dort tätige Arzt. Ein in der Notfallrettung tätiger Arzt kann sich auf die Feststellung des Todes, des Todeszeitpunkts und der äußeren Umstände beschränken (vorläufige Totenbescheinigung, unten, 8.), wenn er durch die Durchführung der Leichenschau an der Wahrnehmung seiner Aufgaben in der Notfallrettung gehindert wird (§ 3 Abs. 2 und 3 BestG).

3. Inhalt des Leichenschauscheins

Über die bei der Leichenschau getroffenen Feststellungen ist unter Verwendung des amtlichen Vordrucks ein Leichenschauschein auszustellen.⁵ Er besteht weiterhin aus einem nicht vertraulichen Teil und einem vertraulichen Teil. In dem nicht vertraulichen Teil sind insbesondere Angaben zu den Personalien des Verstorbenen, dem Todeszeitpunkt, dem Todesort und der Todesart (natürlicher Tod, nicht natürlicher Tod, Todesart ungewiss, dazu unten, 9.) sowie darüber zu machen, ob Anhaltspunkte für eine von der Leiche ausgehende Infektionsgefahr oder sonstige Gefahr vorliegen. Dieser Teil wird im Durchschreibeverfahren in den vertraulichen Teil übernommen. In dem vertraulichen Teil sind insbesondere die konkreten Todesursachen zu dokumentieren⁶ – insbesondere: unmittelbar zum Tode führende Krankheit bzw. unmittelbare Todesursache, vorangegangene Ursachen oder Krankheiten, andere wesentliche Krankheiten des Verstorbenen – und die sicheren Zeichen des Todes anzugeben. Sämtliche auf dem amtlichen Vordruck vorgesehenen Eintragungen sind vorzunehmen, bei bestehenden Unsicherheiten sollten diese kenntlich gemacht werden.

¹ [Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen Berlin vom 02.11.1973 \(GVBl. S. 1830\), zuletzt geändert durch Artikel X des Gesetzes vom 15.12.2010 \(GVBl. S. 560\).](#)

² [Verordnung zur Durchführung des Bestattungsgesetzes vom 22.10.1980 \(GVBl. S. 2403\).](#)

³ Dritte Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Durchführung des Bestattungsgesetzes vom 12.01.2016 (GVBl. S. 12). Zuvor wurde durch eine im Oktober 2014 in Kraft getretene Rechtsänderung ein neuer Leichenschauschein eingeführt und verschiedene Einzelfragen der Leichenschau neu geregelt.

⁴ In diesem Text wird an mehreren Stellen auf die separate Verwendung der weiblichen und männlichen Form verzichtet. Die Gender-Grundsätze und die der Antidiskriminierung werden von der Ärztekammer Berlin beachtet.

⁵ Der zum 01.10.2014 eingeführte Leichenschauschein wurde mit Wirkung zum 29.01.2016 nochmals (geringfügig) geändert, vgl. oben Fn. 3.

⁶ Siehe hierzu auch: [Statistisches Bundesamt und Deutsches Institut für medizinische Information und Dokumentation: „Todesursachen in der Todesbescheinigung – eine kurze Anleitung“, Stand: 2014.](#)



4. Verwendung (Weiterleitung) des Leichenschauscheins

Der vertrauliche Teil des Leichenschauscheins besteht aus vier Blättern, wobei nur das erste Blatt auszufüllen ist und die weiteren Blätter im Durchschreibeverfahren gefertigt werden. Der nicht vertrauliche Teil besteht aus einem Blatt. Der leichenschauende Arzt hat Blatt 1 und 2 des vertraulichen Teils (verschlossen in dem zugehörigem Fensterumschlag) zusammen mit dem nicht vertraulichen Teil dem Hinterbliebenen⁷ auszuhändigen, der diese Dokumente dem Standesamt vorzulegen hat. Blatt 3 des vertraulichen Teils ist (ebenfalls verschlossen in dem zweiten Fensterumschlag) bei der Leiche zu belassen, eine etwaige, von der Leiche ausgehende (Infektions-) Gefahr ist auf dem Umschlag zu vermerken.⁸ Blatt 4 des vertraulichen Teils ist für den leichenschauenden Arzt bestimmt, so dass diesem – anders als bisher – eine Ausfertigung des Leichenschauscheins für die eigenen Unterlagen verbleibt. Diese ist zu den ärztlichen Behandlungsunterlagen zu nehmen und entsprechend den allgemeinen Vorschriften für die Dauer von 10 Jahren aufzubewahren (vgl. § 10 Abs. 3 Berufsordnung der Ärztekammer Berlin).⁹ Neu ist weiterhin, dass das Gesundheitsamt und das neu eingerichtete „Zentralarchiv für Leichenschauscheine“ (hierzu unten, 15.) den Leichenschauschein auf Plausibilität überprüfen. Der leichenschauende Arzt ist verpflichtet, diesen Behörden die ggf. erforderlichen Auskünfte zur Überprüfung und Vervollständigung des Leichenschauscheins zu erteilen.

5. Sorgfaltsmaßstab bei Durchführung der Leichenschau

Bei der Durchführung der Leichenschau und der Ausstellung des Leichenschauscheins gelten dieselben Sorgfaltspflichten wie bei der Untersuchung lebender Personen.¹⁰ Der Arzt trägt bei der Durchführung und Dokumentation der Leichenschau eine hohe Verantwortung, da hier die Weichen dafür gestellt werden, ob die Leiche zur Bestattung freigegeben werden kann oder ob weitere Ermittlungen im Hinblick auf die Todesursache erforderlich sind. Die Sorgfaltsanforderungen bei Durchführung der Leichenschau werden seit dem 01.10.2014 gesetzlich konkretisiert. Danach ist die ärztliche Leichenschau „bei ausreichender Beleuchtung und an der vollständig entkleideten Leiche unter Einbeziehung aller Körperregionen, insbesondere des Rückens und der behaarten Kopfhaut, sorgfältig durchzuführen“ (§ 1 Satz 1 DVO-BestG). Das Nichteinhalten dieser Anforderungen stellt eine Ordnungswidrigkeit und zudem eine ärztliche Berufspflichtverletzung dar. Zudem soll die Leichenschau in einem geschlossenen Raum oder einem abgeschirmten Bereich durchgeführt werden (§ 1 Satz 2 DVO-BestG).

6. Zeitpunkt und Ort der Leichenschau

Der Arzt hat die Leichenschau grundsätzlich innerhalb von 12 Stunden nach der Aufforderung hierzu vorzunehmen und seine Feststellungen unverzüglich in dem Leichenschauschein zu dokumentieren (§ 6 Abs. 1 BestG). Die Frist von 12 Stunden gilt indessen nur, wenn der Tod des Betroffenen bereits als sicher anzusehen ist. Andernfalls sollte sich der Arzt auf schnellstem Wege nach Erhalt der Anzeige über einen vermeintlichen Todesfall zur „Leichenschau“ begeben und über ggf. erforderliche Maßnahmen entscheiden bzw. die Notfallrettung alarmieren. Die Leichenschau ist grundsätzlich an dem Ort vorzunehmen, an dem die Leiche aufgefunden wurde. Gegenüber dem Inhaber des Haus- oder Wohnrechts hat der Arzt hierzu ein Betretungsrecht.

⁷ Genauer: derjenigen Person, die nach dem Personenstandsgesetz zur Anzeige des Todes beim Standesamt verpflichtet ist, § 2 Abs. 3 DVO-BestG.

⁸ Blatt 3 des vertraulichen Teils wird ggf. dem Arzt zugeleitet, der eine Sektion oder eine zweite äußere Leichenschau vornimmt (dazu unten, 13.), auf der Rückseite sind die entsprechenden Feststellungen einzutragen.

⁹ Wurde die Leichenschau von einem Arzt in der Notfallrettung durchgeführt, erfolgt die Aufbewahrung beim Aufgabenträger des Notarztdienstes. Wurde die Leichenschau im Krankenhaus durchgeführt, verbleibt Blatt 4 in der Krankenanstalt (vgl. § 3 Abs. 3 DVO-BestG).

¹⁰ Zur fachgerechten Durchführung der Leichenschau siehe die [Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin: Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 054/002, Stand: 10/2017](#).



7. Feststellung des Todes und des Todeszeitpunkts

Die Feststellung des eingetretenen Todes muss anhand von sicheren Todeszeichen erfolgen (insbesondere Totenflecke, Totenstarre, Fäulnis oder mit dem Leben nicht zu vereinbarende Körperzerstörung). Die Bestimmung des Todeszeitpunkts ist, soweit keine zuverlässigen Zeugenaussagen vorliegen, anhand des Abfalls der Körperkerntemperatur (tiefe Rektaltemperatur 8 cm oberhalb des Sphincter ani) oder des Ausprägungsgrades der Leichenerscheinungen (insbesondere der Totenflecken, der Totenstarre bzw. der Fäulnis) vorzunehmen.¹¹ Angegeben werden sollte ein zeitlicher Rahmen des errechneten Todeseintritts.

8. Vorläufige Todesbescheinigung

Für die vorläufige Todesbescheinigung (vgl. oben, 2.) wurde mit Wirkung zum Oktober 2014 ebenfalls ein amtliches Formular eingeführt. Dieses enthält Angaben zu den Personalien des Verstorbenen, sicheren Todeszeichen, dem Todeszeitpunkt und -ort sowie etwaige Warnhinweise bei einer von der Leiche ausgehenden (Infektions-)Gefahr. Der in der Notfallrettung tätige Arzt hat nach Ausstellen der vorläufigen Todesbescheinigung zu veranlassen, dass eine vollständige Leichenschau durchgeführt wird. Das Formular „Vorläufige Todesbescheinigung“ besteht aus zwei Blättern, von denen eines im Durchschreibeverfahren erstellt wird. Blatt 1 ist bei der Leiche zu belassen und für den Arzt bestimmt, der nachfolgend die Leichenschau vornimmt. Blatt 2 verbleibt bei dem Aufgabenträger des Notarztdienstes. Beide Dokumente unterliegen entsprechend den berufsrechtlichen Vorschriften einer 10-jährigen Aufbewahrungsfrist.

9. Feststellung der Todesart

Die Feststellung der Todesart ist zentraler Bestandteil der Leichenschau. Ein „**natürlicher Tod**“ ist dann zu bescheinigen, wenn der Betroffene an einer gravierenden, lebensbedrohenden Krankheit verstorben ist, wegen der er zuvor in ärztlicher Behandlung war. Es muss also ein schweres Krankheitsbild klinisch diagnostiziert worden sein, die Prognose quoad vitam muss schlecht gewesen sein und Art und Umstände des Todes müssen mit der Anamnese und Prognose kompatibel sein. Die Feststellung einer natürlichen Todesart erfordert die Überzeugung des leichenschauenden Arztes, dass diese Voraussetzungen gegeben sind. „**Nicht natürlich**“ ist demgegenüber ein Todesfall, der auf ein anderes, von außen einwirkendes Ereignis zurückzuführen ist, unabhängig davon, ob dieses selbst- oder fremdverschuldet ist. Es handelt sich um einen Sammelbegriff für: Selbsttötungen, Unfalltodesfälle, Tötungen durch fremde Hand, Todesfälle infolge ärztlicher Eingriffe und tödlich verlaufende Folgezustände der vorgenannten Einwirkungen.¹² Für die Bescheinigung einer „nicht natürlichen“ Todesart genügt bereits der Verdacht, dass einer der vorgenannten Fälle vorliegt. „**Ungewiss**“ ist die Todesart, wenn weder ein „natürlicher“ noch ein „nicht natürlicher“ Tod im vorgenannten Sinne bescheinigt werden kann, etwa bei plötzlichen Todesfällen ohne erkennbares, einwirkendes Ereignis oder bei nicht mehr gegebener Erkennbarkeit äußerer Verletzungen (z. B. infolge Fäulnisveränderung). Soweit äußerliche Verletzungen oder Einwirkungen an der Leiche festgestellt werden, die nach ärztlicher Würdigung zeitnah vor dem Tode entstanden sind oder mit dem Todeseintritt in Zusammenhang stehen (könnten), sind diese in jedem Falle – unabhängig von der festgestellten Todesart – in dem Leichenschauschein zu vermerken.

Ergeben sich für den leichenschauenden Arzt Anhaltspunkte für das Vorliegen einer „nicht natürlichen“ oder „ungewissen“ Todesart oder handelt es sich bei der Leiche um eine unbekannte Person, so hat der Arzt mit dieser Feststellung die Leichenschau zu beenden und unverzüglich die Polizeibehörde zu benachrichtigen (§§ 5, 6 Abs. 2 BestG). Dies gilt nunmehr auch für die

¹¹ Hierzu im Einzelnen: [Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin](#), Fußnote 10.

¹² [Madea/Rothschild, „Ärztliche Leichenschau: Feststellung der Todesursache und Qualifikation der Todesart“, in: Deutsches Ärzteblatt, 2010; 107\(33\): 575-88.](#)



Ausstellung der vorläufigen Todesbescheinigung.¹³ Erst nach Eintreffen der Polizei hat der Arzt ggf. die weitere Leichenschau vorzunehmen.

10. Auskunftsanspruch des leichenschauenden Arztes

Der die Leichenschau vornehmende Arzt hat gegenüber Ärzten, Zahnärzten und Heilpraktikern, die den Verstorbenen vor seinem Tod behandelt haben, einen Auskunftsanspruch über den (zu Lebzeiten) festgestellten Krankheitszustand (§ 7 Abs. 1 BestG). Von diesem sollte stets Gebrauch gemacht werden, wenn der leichenschauende Arzt den Verstorbenen zu Lebzeiten nicht behandelt hat. Denn die Kenntnis der Krankheitsgeschichte des Verstorbenen ist zwingende Voraussetzung für die gewissenhafte Ausstellung des Leichenschauscheins, insbesondere für die Abgrenzung zwischen „natürlicher“ und „nicht natürlicher“ Todesart sowie für die zu bescheinigende Todesursache. Mit dem Auskunftsanspruch korrespondiert eine Auskunftspflicht der behandelnden Ärzte, Zahnärzte und Heilpraktiker. Es handelt sich um eine zulässige Durchbrechung der (postmortal weiterhin geltenden) ärztlichen Schweigepflicht.

11. Auskunftserteilung aus dem Leichenschauschein

Eine weitere Lockerung der ärztlichen Schweigepflicht ist in der seit 01.10.2014 festgeschriebenen Berechtigung zu sehen, unter bestimmten Voraussetzungen Auskünfte aus dem dem Arzt vorliegenden Leichenschauschein zu erteilen (§ 4 DVO-BestG). Diese Auskunftserteilung ist zum einen möglich gegenüber anfragenden Behörden, wenn ein behördliches Interesse an der Mitteilung der in dem Leichenschauschein enthaltenen Informationen besteht, das im Einzelfall das Geheimhaltungsinteresse der verstorbenen Person oder eines Dritten überwiegt. Daneben können Informationen aus dem Leichenschauschein einer Privatperson oder einer privaten Einrichtung mitgeteilt werden, wenn diese ein berechtigtes Interesse glaubhaft macht, der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Verstorbenen nicht entgegensteht und schutzwürdige Belange des Verstorbenen oder seiner Angehörigen nicht beeinträchtigt werden. Unter der zuletzt genannten Voraussetzung können auch Daten des Leichenschauscheins in anonymisierter Form, die für ein wissenschaftliches Forschungsvorhaben erforderlich sind, mitgeteilt werden. Von diesen Auskunftsrechten des Arztes ist die o. g. Verpflichtung zu unterscheiden, ggf. dem Gesundheitsamt und dem „Zentralarchiv für Leichenschauscheine“ erforderliche Auskünfte zur Überprüfung und Vervollständigung des Leichenschauscheins zu erteilen (siehe 4.).

12. Meldepflichten des leichenschauenden Arztes

Liegen Hinweise dafür vor, dass der Verstorbene an einer meldepflichtigen Krankheit im Sinne des Infektionsschutzgesetzes gelitten hat, so hat der leichenschauende Arzt dies – ebenso wie in sonstigen Fällen des Bekanntwerdens der betreffenden Erkrankungen – dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden (§§ 6 Abs. 1, 8 Abs. 1 Nr. 1 Infektionsschutzgesetz). Eine weitere Meldepflicht besteht, wenn der begründete Verdacht besteht, dass der Todeseintritt zumindest mitursächlich auf eine Berufskrankheit zurückzuführen oder durch einen Arbeitsunfall eingetreten ist; in diesen Fällen ist der Unfallversicherungsträger oder die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständige Stelle zu benachrichtigen (vgl. § 202 SGB VII).¹⁴

13. Zweite äußere Leichenschau und innere Leichenschau (Sektion, Obduktion)

Von der allgemeinen ärztlichen Leichenschau zu unterscheiden sind die zweite äußere Leichenschau sowie die innere Leichenschau (Sektion, Obduktion). Eine zweite äußere Leichenschau wird vor einer Feuerbestattung der Leiche durch einen Arzt des zuständigen gerichtsmedizinischen Instituts vorgenommen. Sie dient als zusätzliche Kontrollinstanz vor der Kremation

¹³ Die betreffende Regelung (§ 5 Abs. 2 Satz 3 DVO-BestG, eingeführt zum 29.01.2016) sieht auch für die vorläufige Todesbescheinigung eine Benachrichtigung der Polizei vor bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod sowie bei der Leiche eines Unbekannten, anders als bei der Leichenschau hingegen nicht im Falle der ungewissen Todesart.

¹⁴ Zu der Meldepflicht gegenüber der Polizeibehörde bei nicht natürlicher oder ungewisser Todesart bzw. bei unbekannter Identität des Verstorbenen siehe oben, 9..



der erneuten Überprüfung, ob Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen. Die Feuerbestattung darf nur durchgeführt werden, wenn eine natürliche Todesursache gerichtsmedizinisch zuverlässig festgestellt wird oder wenn die Staatsanwaltschaft die Bestattung (dennoch) schriftlich genehmigt hat (§ 20 BestG).

Eine innere Leichenschau wird zu unterschiedlichen Zwecken vorgenommen. Die strafprozessuale bzw. gerichtliche Sektion kann angeordnet werden, wenn zureichende tatsächliche Anhaltspunkte für eine Straftat als Todesursache vorliegen (§§ 152 Abs. 2, 87 ff. Strafprozessordnung). Die Staatsanwaltschaft nimmt dahingehende Ermittlungen auf, wenn Zweifel an einer natürlichen Todesursache bestehen (Nr. 33 RiStBV). Als weitere Arten der inneren Leichenschau regelt das Berliner Sektionsgesetz (SekG) die sog. klinische und die sog. anatomische Sektion. Die klinische Sektion dient der Qualitätssicherung und Überprüfung ärztlichen Handelns, der Lehre und Ausbildung, der Epidemiologie und der medizinischen Forschung. Anatomische Sektionen dienen der Lehre und Forschung über den Aufbau des menschlichen Körpers. Beide dürfen nur durchgeführt werden, wenn der Verstorbene oder seine nächsten Angehörigen zugestimmt haben und weitere gesetzliche Voraussetzungen vorliegen (vgl. im Einzelnen §§ 3 ff., § 8 SekG). Der Sektionsbefund ist auf der Rückseite von Blatt 3 des vertraulichen Teils des Leichenschauscheins zu dokumentieren.

14. Abrechnung der Leichenschau

Die Abrechnung der ärztlichen Leichenschau erfolgt nach GOÄ-Nr. 100 („Untersuchung eines Toten – einschließlich Feststellung des Todes und Ausstellung des Leichenschauscheins“). Zusätzlich darf bei Vornahme der Leichenschau außerhalb der Arbeitsstätte für die zurückgelegte Wegstrecke ein Wegegeld nach § 8 GOÄ berechnet werden. Eine Besuchsgebühr nach GOÄ-Nr. 50 ist hingegen grundsätzlich nicht zusätzlich berechnungsfähig, weil eine Beratung und systembezogene Untersuchung eines Toten naturgemäß ausscheidet. Eine (zusätzliche) Berechnung der Besuchsgebühr ist nur dann möglich, wenn bei Anforderung des Arztes davon auszugehen war, dass der Patient noch lebte und ärztliche Hilfe benötigte. In diesem Fall kann zusätzlich die Nr. 50 GOÄ berechnet werden.¹⁵

Für eine in der Notfallrettung vorgenommene, vorläufige Totenbescheinigung ist nicht Nr. 100 GOÄ in Ansatz zu bringen. Stattdessen sind die ärztlichen Teilleistungen hier gesondert berechnungsfähig, z. B. GOÄ-Nr. 7 für die Untersuchung und GOÄ-Nr. 70 analog für die Ausstellung der vorläufigen Totenbescheinigung.¹⁶

15. „Zentralarchiv für Leichenschauscheine der Gesundheitsämter“

Das mit Wirkung zum 01.10.2014 geschaffene „Zentralarchiv für Leichenschauscheine der Gesundheitsämter“ ist bei dem Bezirk Reinickendorf angesiedelt.¹⁷ Dort werden die Leichenschauscheine zentral verwaltet und archiviert. Die Leichenschauscheine werden dem Zentralarchiv durch die Gesundheitsämter der übrigen Bezirke zugeleitet, nachdem dort die Plausibilitätsprüfung durchgeführt wurde. Das Zentralarchiv leitet eine Ausfertigung sämtlicher Leichenschauscheine an das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg zum dortigen Verbleib weiter. Zudem sendet das Zentralarchiv monatlich Kopien der dort eingegangenen Leichenschauscheine an das Gemeinsame Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen. Sofern die aufgrund der (äußeren) Leichenschau dokumentierte Todesursache von einem vorliegenden Sektionsbefund (Rückseite von Blatt 3 des vertraulichen Teils) abweicht, hat das Zentralarchiv hierüber das Gemeinsame Krebsregister und das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg gesondert zu informieren.

¹⁵ Vgl. [Deutsches Ärzteblatt, Mitteilungen: „Amtliche Gebührenordnung für Ärzte - Abrechnung der Leichenschau“, Heft 25/2001, A 1711.](#)

¹⁶ Deutsches Ärzteblatt, wie zuvor.

¹⁷ § 7 GDZustVO, bis Oktober 2015 erfolgte die Aufgabenwahrnehmung durch den Bezirk Neukölln.