

# Natürlicher, nichtnatürlicher oder unklarer Tod?

Editorial zum Schwerpunkt von Dr. med. D. Einecke

Die Leichenschau ist vor allem deshalb ein letzter Dienst des Arztes am Patienten, weil die Todesbescheinigung erhebliche straf-, erb- oder versicherungsrechtliche Konsequenzen haben kann. Deshalb sollte sie mit Umsicht, Sorgfalt und Erfahrung erfolgen.

Knapp die Hälfte aller Leichenschauen entfallen in den Aufgabenbereich des Hausarztes. Vor Ort ist dieser in aller Regel allein und findet mitunter schwierige Verhältnisse vor. Bei der geforderten Erfahrung liegt der Hase oft im Pfeffer.

Kontinuierliche Fortbildung ist hier sicher gut. Unser MMW-Schwerpunkt leistet dazu einen Beitrag: M. Graw, B. Schäffer, J. Möhring, K. Weckbecker und M. Bleckwenn schildern – auch an Hand von Kasuistiken – wie Tod, Todesursache und Todesart festzustellen und zu dokumentieren sind und gehen ausführlich auf das Spannungsfeld natürlicher, nichtnatürlicher und unklarer Tod ein – ein Punkt, bei dem der Arzt oft von Angehörigen oder Ermittlungsbehörden unter Druck gesetzt wird.

Eine weitere Schwierigkeit besteht in der geforderten Kausalkette der Todesursachen. Sie kann den Leichenschauer an seine Grenzen führen. Tatsächlich finden Pathologen bei der Obduktion meist andere Ursachen – kein Vorwurf an die Niedergelassenen, in der Klinik ist das kaum anders.

Fehler bei der Leichenschau können dem Arzt als Ordnungswidrigkeit mit z. T. hohen Bußgeldern auf die Füße fallen, allen voran dann, wenn bei erkennbar unklaren oder nichtnatürlichen Todesfällen die Polizei nicht verständigt wird. Zu den häufigen Fehlern gehören aber auch unleserliche bzw. unvollständige Daten des Verstorbenen, fehlende Angaben zum letzten behandelnden Arzt oder Leichenschauer, nicht plausible Angaben zu den Zeitpunkten des Todes oder der Leichenschau. Gute Fortbildung sollte hier Abhilfe schaffen (S. 38–53).



**Dr. med. Martin Jäger**  
Ärztlicher Direktor,  
Hüttenhospital  
Dortmund gGmbH,  
Klinik für Innere  
Medizin/Geriatrie

## Hustenreiz und Lebensgefahr (S. 54)

Der Autor, Internist und Geriater, hat langjährige Erfahrung mit dem Management von Dysphagie in der Geriatrie. Er ist Sprecher der AG Dysphagie der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG).



**Dr. med. Jakob Sandmeyer**  
Herzchirurgische  
Klinik und Poliklinik,  
Klinikum der LMU –  
Großhadern

## Herzsonografie und Notfallechokardiografie (S. 56)

Der Autor absolvierte seine Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie am Klinikum Starnberg unter Chefarzt Prof. Dr. med. Florian Krötz.



## IN DIESER AUSGABE



**Prof. Dr. med. Matthias Graw**  
Institut für Rechts-  
medizin der Ludwig-  
Maximilians-Uni-  
versität München



**Dr. med. Dipl.-Jur. Univ. Benno Schäffer**  
Institut für Rechts-  
medizin der Ludwig-  
Maximilians-Uni-  
versität München



**Julia Möhring**  
Institut für Rechts-  
medizin der Ludwig-  
Maximilians-Uni-  
versität München



**Prof. Dr. med. Klaus Weckbecker**  
Lehrstuhl für Allge-  
meinmedizin und  
Interprofessionelle  
Versorgung, Uni-  
versität Witten/  
Herdecke



**Prof. Dr. med. Markus Bleckwenn**  
Selbstständige Ab-  
teilung für Allge-  
meinmedizin, Medi-  
zinische Fakultät der  
Universität Leipzig