

# 250 Jahre Todesfeststellung

Zitatensammlung aus Lexika, Gesetzen,  
Hochschulschriften und Vorschriften



Klaus Schäfer  
Regensburg 2026

# Inhaltsverzeichnis

1	250 Jahre Todesfeststellung.....	4
1.1	Todesfeststellung.....	4
1.1.1	Verständnis von Leben und Tod.....	4
1.1.2	Xavier Bichat.....	6
1.1.3	Schwierigkeit der Todesfeststellung.....	15
1.1.4	Methoden der Todesfeststellungen.....	18
1.1.5	Personenkreis der Todesfeststellung.....	26
1.1.6	Das Todesverständnis im 20. Jh. ....	32
1.1.7	Todeserklärung.....	33
1.2	Der Scheintod.....	35
1.2.1	Die Wurzeln des Scheintod-Glaubens.....	35
1.2.2	Scheintod im 19. Jh.....	37
1.2.3	Scheintod im 20. Jh.....	39
1.3	Todesfeststellung von 1960 bis 1999.....	42
1.3.1	Der Hirntod tritt auf.....	42
1.3.2	Der Tod.....	44
1.3.3	Der Hirntod.....	46
1.3.4	Leichenschau.....	48
1.4	Todesverständnis im 21. Jh.....	57
1.5	Lebenderklärungen im 21. Jh.....	70
1.5.1	Würzburg (2018).....	70
1.5.2	Weiden 2023.....	71
2	Besondere Themen.....	73
2.1	„Dem Tod auf der Spur“.....	73
2.2	Schwangerschaften.....	74
2.2.1	Allgemeines.....	74
2.2.2	Taufe eines ungeborenen Kindes.....	75
2.2.3	Aus der modernen Medizin.....	81
2.2.4	Schwangerschaft und die Hirntoddiagnostik.....	82
	Schwangerschaft und die Hirntoddiagnostik bis 1950.....	82
	Schwangerschaft und die Hirntoddiagnostik seit 1950.....	83
2.3	Dissertationen und Bücher.....	84
2.3.1	Spengler: Über die ärztliche Leichenschau (1978).....	84
2.3.2	Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie (1986).....	85
2.3.3	Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau (2002).....	93
3	Gesetze und Vorschriften.....	105
3.1	18. und 19. Jahrhundert.....	105
3.1.1	Gerichtliche Leichenschauen im 18. und 19. Jh.....	105
3.1.2	1833: Gerichtliche Leichenschauen.....	106
3.1.3	1839: Instruktion für die Leichenschauer.....	107
3.1.4	1885: Oberpolizeiliche Vorschrift.....	110
3.2	20. Jahrhundert.....	113
3.2.1	1921: Coburger Regierungs-Blatt.....	113
3.2.2	1922: Verordnung über die Leichenschaugebühren.....	114
3.2.3	1927: Verhandlungen des Reichstags.....	114
3.2.4	1930: Gesetz- u. Verordnungs-Blatt für den Freistaat Bayern.....	114
3.2.5	1931: Denkschrift über die gesundheitlichen Verhältnisse.....	115
3.2.6	1932: Entwurf eines Gesetzes über das Genfer Abkommen.....	115
3.2.7	1935: Dritte Durchführungsverordnung.....	115
3.2.8	1942: Bekanntmachungen.....	116
3.2.9	1946: Strafprozeßordnung.....	116

3.2.10 1950: Verordnung über den gerichtsärztlichen Dienst.....	117
3.2.11 1957: Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 20/1957.....	117
3.2.12 1964: Aufwandsentschädigung für eine ärztliche Leichenschau.....	118
3.2.13 1970: Bestattungsgesetz (BestG), Bayern.....	118
3.2.14 1974: Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt.....	118
3.2.15 2024: Bestattungsgesetz (BestG), Bayern.....	118
3.3 Sichere Todeszeichen.....	120
3.4 Zeitliche Vorgaben.....	121
4 Medizinische Erkenntnisse.....	123
4.1 Leben und intermediäres Leben.....	123
4.2 Todeszeitpunkt.....	128
4.3 Intermediäres Leben / Supravitalität.....	131
4.4 Das Gehirn.....	133
4.4.1 Das Gehirn – 19. Jh. ....	133
4.4.2 Das Gehirn – 1900 bis 1950.....	134
4.4.3 Das Gehirn – seit 1950 .....	134
4.5 „Hirntod“ bis 1950.....	136
4.6 „Hirntod“ seit 1950.....	141
5 Zusammenfassung.....	145

## Abkürzungen

AG	Amtsgericht
BÄK	Bundesärztekammer
BestG	Bestattungsgesetz
BestV	Bestattungsverordnung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DSO	Deutsche Stiftung Organtransplantation
HTD	Hirntoddiagnostik
HTK	Hirntodkonzept (Gleichstellung von Hirntod und Tod des Menschen)
Jh.	Jahrhundert
LG	Landgericht
OLG	Oberlandesgericht
WB-BÄK	Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer

# 1 250 Jahre Todesfeststellung

Um die Todesfeststellungen der letzten 250 Jahre in ihrem gesamtheitlichen Zusammenhang zu verstehen, ist es unerlässlich, auf das medizinische Wissen des 19. Jh. und den Umgang mit den Leichen im 19. Jh. näher einzugehen. Wichtig ist es auch, darauf hinzuweisen, dass das heutige Deutschland bis zum Deutsch-Französischen Krieg 1870/1871 aus selbständigen Königtümern und Herzogtümern bestand. Daher wird das 19. Jh. in dieser Schrift ausführlicher dargestellt.

Da es vor 250 Jahren eine uns völlig fremde Vorstellung von Leben und Tod und damit auch von der Todesfeststellung gab, wird im 1. Teil großzügig aus den Lexika des 19. Jh. zitiert. Es wurden für das 19. Jh. vornehmlich Lexika als Quelle ausgewählt, weil sie das Wissen der damaligen Zeit mit sachlicher Neutralität zusammenfassen und verfügbar waren. Somit wurde ein nahezu lückenloser Überblick über die Todesfeststellung in den letzten 250 Jahren geschaffen. Die Zitate sind nach verschiedenen Themen geordnet in chronologischer Reihenfolge angegeben. Damit ist die geschichtliche Entwicklung der einzelnen Themen gut nachvollziehbar.

Lexika sind Nachschlagwerke, die das Wissen der jeweiligen Zeit widerspiegeln. Daher geben alte Lexika als wahre „Zeitkapseln“ einen tiefen Einblick in die früheren Zeiten. Mit ausgiebigen Zitaten aus Lexika werden die Aussagen aus der jeweilige Epoche dokumentiert. Diese werden an einigen Stellen mit Ergebnissen aus wissenschaftlichen Forschungen ergänzt.

Trotz größter Gewissheit beim Abtippen der Texte möge man vereinzelte Tippfehler in den Zitaten nachsehen. Dies verändert jedoch nichts an der Aussage des Textes.

## 1.1 Todesfeststellung

### 1.1.1 Verständnis von Leben und Tod

Will man die Todesfeststellungen der letzten 250 Jahre untersuchen, muss man zunächst das Verständnis von Leben und Tod im 19. Jh. in den Blick nehmen. Vieles, was uns heute als selbstverständlich erscheint, waren Erkenntnisse der Medizin in den letzten 250 Jahren.

1745 hieß es im Großen Universallexikon aller Wissenschaften und Künste über den Tod: Der Tod „ist insgemein und in natürlicher Betrachtung die Endschaft oder das Aufhören des Lebens. ... Bey der Menschen ist der Tod, nach der meisten Meynung, ein Abscheiden der Seele von dem Leibe, aus Mangel der Wärme, und der Bewegung, wenn sie durch zufällige Ursachen verhindert worden.“<sup>1</sup>

Bis über die Mitte des 19. Jh. hinaus verband man Leben mit Wärme. Heute wissen wir, dass die Körperwärme durch den Stoffwechsel unserer Körperzellen erzeugt wird. Im 19. Jh. hing man noch der von Anaximander (um 610-547 v.C.) gegründeten Vier-Elemente-Lehre (Feuer, Erde, Wasser, Luft)<sup>2</sup> an. So verweist das im 1775 erschienene Lexikon von Johann Georg Walch und Justus Christian Hennings auf „Empedocles ...“, dass alle Glieder zuerst aus der gleichen schwarzen Erde stück-weise hervor gebracht und endlich zusammen gewachsen wären, so, daß sie die Materie zu einem ganzen und fest an einander gesetzten Menschen, welche zugleich mit Feuer und Feuchtigkeit vermischt gewesen“ sei.<sup>3</sup>

---

1 Großes Universallexikon aller Wissenschaften und Künste. Bd. 43/44, Halle 1745, Sp.623.

2 <https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Vier-Elemente-Lehre&oldid=247996774>

3 Johann Georg Walch, Justus Christian Hennings: Johann Georg Walchs philosophisches Lexicon. 2 Bände. Leipzig 1775. Bd. 2 (1775), Spalte 38. Nach: <http://www.bsb-muenchen-digital.de/~web/web1004/bsb10047560/images/index.html?id=10047560&fip=qrssdaseayasdawfsdrewqxdysdwdsdas&no=5&seite=46>

So heißt es im **1835** erschienenen Lexikon von Heinrich August Pierer und August Daniel Binzer, dass Tod „kein Feuer mehr enthaltend“ sei.<sup>4</sup> Um das Jahr 1840 wurde empfohlen: Tot geborene Kinder sollen in ein Bad gelegt werden, „das nahezu bis zur menschlichen Blutwärme erwärmt worden“ ist. „Kann der Pulsschlag des Herzens nicht hergestellt werden, so ist das Kind aus dem Bade zu nehmen, vor ein Feuer zu setzen, sorgfältig zu reiben, und in erwärmten Flanell zu hüllen.“<sup>5</sup> Man ging dabei davon aus, dass man das Kind wiederbeleben könne, indem man dem Körper Wärme zuführt, so wie man Papier dadurch entzündet, indem man eine Flamme und das Papier zusammenbringt.

Pierer schrieb im Jahr **1845** über die Versuche, Menschen aus dem Scheintod zurück zu holen: „Die Rettungsmittel u. Geräthschaften hierzu, von denen hier nur im Allgemeinen die Rede sein wird, indem wir uns auf das bei dem Artikel Erfrieren, Blitz ec. Gesagte beziehen, haben einen vierfachen Zweck: a) Die Mittheilung des gehörigen Wärmegrades bewirkt man durch allgemeine, warme, nasse od. trockene Bäder; b) die Einführung von Luft (wie bei Ertrunkenen) geschieht durch einen gesunden Menschen, od. mittels eines Blasebalgs, od. eines eigenen Apparates.“<sup>6</sup> Hierbei ist bedeutsam, dass die Wiedererlangung der Körperwärme an 1. Stelle stand.

Dies mag uns heute befremdlich erscheinen, aber es ist auf Beobachtungen zurückzuführen, die Josat im Jahr **1854** beschrieb:<sup>7</sup>

*Der Zustand des Todes muss mit dem der von der Kälte vereisten Tiere viel Verwandtschaft haben. Ich habe festgefrorene Frösche und Fledermäuse zerteilt und habe in ihnen keine Spur von Leben und Sensibilität gefunden, während andere Tiere, die sich in demselben Zustand befanden, nachdem sie nah an's Feuer gebracht worden waren, in wenigen Augenblicken zum Leben und in den Besitz aller ihrer Fähigkeiten zurückkehrten.*

- 
- 4 Heinrich August Pierer, August Daniel Binzer: Encyclopädisches Wörterbuch der Wissenschaften, Künste und Gewerbe, Nachdruck unter dem Titel Universal-Lexikon oder vollständiges encyclopädisches Wörterbuch, Altenburg 1824–1835, Nachdruck 1835–1836, 26 Bände. Bd. 23 (1836), 546. Nach: <http://reader.digitale-sammlungen.de/de/fs1/object/goToPage/bsb10401492.html?pageNo=554>
- 5 Alexander Macaulay: Wörterbuch der Heilkunde, für den Volksgebrauch. Enthaltend eine Beschreibung der Krankheiten und ihrer Behandlung, nebst Anleitung über die Anwendung der verschiedenen Arzneimittel, Vorschriften über die Lebensordnung und Diät und besondere Anweisungen über das Verfahren bei weiblichen und Kinderkrankheiten. Nach der neuesten, achten englischen Auflage für Deutsche bearbeitet und reichlich vermehrt. Ulm 1841, 2 Bände. Bd. 2 (1841), 839. Nach: [https://books.google.de/books?id=ZpQ\\_AAAAcAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false](https://books.google.de/books?id=ZpQ_AAAAcAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false)
- 6 Heinrich August Pierer: Universal-Lexikon der Gegenwart und Vergangenheit. Altenburg 1840–1846, 34 Bände. Bd. 27. (1845), 36f. Nach: <https://books.google.de/books?id=FSICAAAAcAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>
- 7 Josat: De la mort et de ses caractères. Paris 1854, 365. Zitiert nach: Ferreres, Juan Bautista: Der wirkliche Tod und der Scheintod. Coblenz 1908, 251.

### 1.1.2 Xavier Bichat

Galen von Pergamon (131-201) benannte als einer der ersten das Gehirn neben Herz und Lunge als einen der drei Wege zum Tod, als eine der „Eintrittspforten des Todes“ (atria mortis).<sup>8</sup>

Es ist unklar, ob Xavier Bichat (1771-1802) diese Aussage als Grundlage für seine physiologischen Studien nahm. Fakt ist, dass er an Hunden verschiedene Tierversuche bezüglich des Herzens, der Lunge und des Gehirns vornahm. In akribischer Weise beschrieb Bichat, was er durchführte und welche Auswirkungen dies hatte:<sup>9</sup>

- Bichat klemmte die Karotiden ab. Damit blieben die Hunde mehrere Tage am Leben. Zwei Hunde starben jedoch nach 6 Stunden. (6)
- Bichat klemmte alle zum Gehirn führenden Blutgefäße ab, „sieht man alsbald die Hirnbewegungen aufhören und das Leben erlöschen.“ (6)
- Eine Kompression des Gehirns durchgeführt, stellt dieses seine Tätigkeit ein. Nimmt man die Kompression wieder weg, kehren die Empfindungen wieder zurück. (7)
- Bichat injizierte Wasser in die Karotis des Hundes und stellte dabei fest: Wenn er die Einspritzung behutsam ausführt, überlebte der Hund. Wenn er aber das Wasser „mit Ungestüm“ einspritzte, war die Hirntätigkeit gestört und stellte sich häufig nur schwierig wieder her oder führt gar zum Tode des Hundes. (9)
- Bichat legte das Gehirn des Hundes frei und verletzte dann eine Arterie. Mit steigendem Blutverlust ließ die Kraft der Bewegungen des Gehirns nach. (9)
- „Außerdem befinden sich an der unteren Seite alle lebenswichtigen Teile des Gehirns. Seine Verletzungen sind tödlich und infolgedessen müssen seine Funktionen an diesem Orte sehr wichtig sein; an der oberen Seite dagegen wird seine Tätigkeit durch Einschnitte oder Zerreißen oft nur sehr wenig gestört, wie es aus Experimenten und der Beobachtung von Kopfwunden hervorgeht.“ (9)
- Es war bekannt, dass eine größere Menge Luft in die Blutbahn zum Tode führen kann. Bichat wollte wissen, von welchem Organ hierbei der Tod ausgehe. Er stellte fest, dass das Gehirn seine Tätigkeit einstellt, sowie die Luftblase im Gehirn angekommen ist. Das Herz hingegen schlug weiter. (11)
- In die Vene eingebrachte Luft führte im Herzen und in den Arterien zu schaumigen, mit Luftblasen gemischtem Blut. Dieses Blut-Luft-Gemisch wirkt auf das Gehirn in gleicher Weise, als wenn man in die Hirnarterie Luft injiziert. (12)
- „Wir schließen aus alle dem, daß im Falle der Mischung des venösen Blutes mit Luft das Gehirn zuerst stirbt und daß der Herztod die Folge und nicht die Ursache davon ist.“ (13)
- Wenn das Gehirn nicht mehr arbeitet, erlischt die Spontanatmung. (14)
- Wenn die Lungenfunktion unterbrochen wird, hat es Einwirkungen auf Herz und Gehirn. (48)
- Wenn „schwarzes Blut“ – d.h. sauerstoffarmes und CO<sub>2</sub>-reiches Blut – in die Hirnarterie gespritzt wird, zeigt das Tier sofort Verhalten von Ersticken. Nach etwa einer halben Stunde blieb das Herz stehen. (50) Die Kausalkette war: Hirntod – Lungentod – Herztod

8 Torsten Junge: Die Okkupation des Fleisches - zur Gegenwart der Transplantationsmedizin. Hamburg 1999. Nach: <http://www.gradnet.de/papers/pomo99.papers/Junge99.htm>

9 Xavier Bichat: Physiologische Untersuchungen über den Tod. Ins Deutsche übersetzt und eingeleitet von Rudolf Boehm. Leipzig 1912. Die in Klammern gesetzte Zahlen nennen die Seitenzahl .

- „Es scheint demnach, daß das schwarze Blut nicht bloß für die Erhaltung der Hirntätigkeit ein ungeeignetes Reizmittel ist, daß es sogar verderblich auf das Gehirn einwirkt“ (51]
- „Das schwarze Blut wirkt ohne Zweifel auf das Gehirn, das es durch die Berührung mit ihm in Atonie versetzt, in der gleichen Weise tödlich wie die übrigen oben erwähnten Flüssigkeiten.“ (51)
- Wird „schwarzes Blut“, das rot angefärbt wurde, in die Hirnarterie des Hundes gespritzt, stirbt der Hund noch schneller. (53)
- „Hiernach müßte man es für möglich halten, Erstickte durch Einspritzung von rotem Blute, dem natürlichen Reizmittel für das Gehirn, wieder zu beleben. Unterscheiden wir dabei zwei Stadien der Asphyxie: 1. dasjenige, in welchem nur die Hirnfunktionen aufgehoben sind; 2. dasjenige, in welchem auch die Zirkulation und die Bewegungen des Brustkorbes schon aufgehört haben; denn immer ist diese Krankheit durch das rasche Schwinden des animalen Lebens ausgezeichnet, während das organische erst in der Folge erlischt. Ich habe nun beobachtet, daß ein Tier im ersten Stadium der Asphyxie durch Transfusion von rotem Blute nach dem Gehirn zu (vermitteltst einer die Karotis mit der eines anderen Tieres verbindenden Röhre) wiederbelebt werden kann; die Hirnfunktionen kehren teilweise zurück und plötzliche Bewegungen im Kopfe, den Augen usw. zeigen zuerst den Zutritt des roten Blutes an; wenn aber die Erstickungsursache andauert, z. B. der mit der Trachea verbundene Hahn geschlossen bleibt, verschwindet die Besserung des Zustandes rasch wieder und das Tier geht zugrunde. Wenn man hingegen den Hahn in dieser ersten Periode öffnet, belebt sich die Lunge fast immer durch den Kontakt mit frischer Luft allmählich wieder. Das Blut färbt sich wieder rot, gelangt so ins Gehirn und das Leben kehrt ohne vorhergehende Transfusion wieder, die immer erfolglos ist während des zweiten Stadiums der Asphyxie, wo die organischen Bewegungen, insbesondere die des Herzens, schon aufgehoben sind, so daß also obiges Experiment uns nur bestätigt, was wir schon wissen, nämlich die Verschiedenheit des Einflusses des roten und des schwarzen Blutes auf das Gehirn, uns aber kein Heilmittel gegen die Asphyxie in die Hand gibt.“ (54)
- „Es ist im allgemeinen bekannt, daß jede Art von Asphyxie ihren Einfluß zuerst auf das Gehirn ausübt und die Funktionen dieses Organs zuerst aufgehoben werden; daß das animale Leben hauptsächlich im Gebiete der Empfindungen sistiert, daß der Verkehr mit der Außenwelt sofort und die inneren Funktionen erst hernach konsekutiv unterbrochen werden. Welcher Art die Asphyxie immer sein mag, ob sie durch Ertrinken, Erhängen, durch das Vakuum, verschiedene Gase usw. zustande kommt, stets zeigt sich diese Erscheinung.“ (55)
- „Es gibt Kranke, die nach dem Überstehen eines Anfalls von Asphyxie durch Kohlendunst mehr oder weniger lange Zeit an Störungen der intellektuellen Funktionen und der willkürlichen Bewegungen leiden, die offenbar vom Gehirn ausgehen. Noch mehrere Tage nach einem etwas heftigeren Anfall straucheln die Kranken, können sich nicht auf den Beinen halten und sind verwirrt in ihren Vorstellungen: im kleineren Maßstab die Erscheinungen der Apoplexie.“ (56)
- „Ich habe gezeigt, daß die Unterbrechung der chemischen Funktionen der Lunge die Tätigkeit des Herzens und des Gehirns aufhebt.“ (58)  
„Es ist im allgemeinen bekannt, daß die Farbe des Blutes beim Durchfließen der Lungen von Schwarz in Rot übergeht.“ (59)
- Wird einem Hund die Atemluft abgeklemmt, beginnt nach 30 Sekunden das Blut dunkler zu werden, nach 1 Minute ist es tiefer dunkel, nach 1,5 bis 2,0 Minuten gleicht es dem Venenblut. (61)

- Gibt man dem Tier nach dem Schwarz-werden des Blutes wieder Atemluft, so atmet das Tier tief aus und ein. Nach etwa 30 Sekunden ist das Blut wieder rot. (62)
- Lässt man nach dem Verschluss der Atemluft wenig Atemluft einströmen, wird „die Rotfärbung zwar weniger lebhaft, erfolgt aber ebenso rasch.“ (63)
- Wenn man nach dem Verschluss der Atemluft zunächst Luft aus der Lunge absaugt und dann frische Luft in die Lunge einspritzt, erfolgt der Farbenwechsel „viel rascher, und die Rotfärbung ist lebhafter als im vorhergehenden Experiment.“ (63)
- „Das zu den Fasern des Herzens vordringende rote Blut beseitigt die Schwächung, von der sie durch den Kontakt mit dem schwarzen Blute befallen waren.“ (64)
- „Ich glaube, daß man niemals durch obiges Mittel die Herzbewegungen wieder zu beleben imstande sein wird, wenn sie einmal durch den Kontakt mit dem schwarzen Blute aufgehoben worden sind. Ich habe es mehrmals vergeblich versucht, obwohl mehrere Autoren behaupten, es erreicht zu haben. Das Mißlingen ist leicht verständlich, denn die Luft kann nur dann das Herz beleben, wenn das von ihr zu färbende Blut das Herz auch durchdringt; wie wäre dies aber bei stillstehender Zirkulation möglich?“ (64)
- „Ich wollte mich von der Wirkung überzeugen, die durch Einströmung verschiedener Gase auf die Blutfarbe ausgeübt wird. Ich befestigte zu diesem Zweck an dem in die Trachea eingebundenen Rohre verschiedene Blasen, die mit Wasserstoff- oder Kohlensäuregas gefüllt waren. Das aus- und einatmende Tier läßt die Blase abwechselnd sich ausdehnen und zusammenziehen. Anfangs bleibt es ziemlich ruhig; nach drei Minuten wird es aufgeregt, die Atmung beschleunigt sich; das aus einer geöffneten Arterie strömende Blut wird dunkler und nach 4 bis 5 Minuten schwarz. Die Zeit, nach welcher der Farbumschlag eintrat, und die Intensität desselben fand ich immer nur sehr wenig verschieden, je nachdem ich das eine oder das andere Gas einatmen ließ.“ (64f)
- „Bevor wir den Einfluß dieses Vorgangs auf den Tod der Organe betrachten, ist vorerst zu beweisen, daß sie alle vom schwarzen Blute durchdrungen werden. Ich habe gezeigt, daß die Kraft des Herzens, auch beim Einströmen schwarzen Blutes in dasselbe, eine Zeitlang ungeschwächt bleibt, daß das schwarze Blut aus einer geöffneten Arterie anfangs fast ebenso emporspritzt wie das rote, und daß die Abnahme des Emporspritzens allmählich stattfindet.“
- Nach dem Erstickungstod hat Bichat „der Reihe nach die Muskeln, die Nerven, die Membranen und die Eingeweide untersucht“.
- „Im allgemeinen verhält sich das schwarze Blut im allgemeinen Kapillarsystem auf dreierlei Art: 1. es gibt Regionen, die es überhaupt nicht durchdringen kann und die daher ihre natürliche Farbe behalten; 2. es gibt andere Organe, durch die es offenbar hindurchgeht, in welchen es aber dann stillsteht; man sieht dann bei geringem Zufluß nur den Farbenwechsel, bei starkem Zufluß diesen und eine Anschwellung des Organs; 3. in anderen Fällen endlich durchfließt das schwarze Blut, ohne aufgehalten zu werden, das Kapillarsystem und gelangt in die Venen wie das rote Blut. In den beiden ersteren Fällen stößt die allgemeine Zirkulation auf ein Hindernis im allgemeinen Kapillarsystem, in dem dritten, viel häufigeren Falle wird der Blutstrom, nachdem er die Venen passiert hat, in den Kapillaren der Lunge aufgehalten.“ (68f)
- „Warum verweigern gewisse Teile des allgemeinen Kapillarsystems dem schwarzen Blute den Eintritt, oder, warum können sie es, wenn sie es zulassen, nicht in die Venen weiterbefördern, während andere, weniger durch die Berührung mit ihm geschwächt, seine Zirkulation wie gewöhnlich sich vollziehen lassen? Dies kann nur von der Empfindlichkeit jedes ‚einzelnen Organs



für diese Art des Blutes abhängen, worüber uns aber nichts bekannt ist.“ (69)

- „Dieses Ergebnis führt uns auf die Erklärung einer Erscheinung, die gewiß allen denen, die Leichenöffnungen ausgeführt haben, aufgefallen ist, daß man nämlich niemals, auch in den dafür bestimmten Gefäßen, rotes Blut findet.“ (70)
- „Ich will die Konsequenzen dieses Prinzips, d.h. der Zirkulation schwarzen Blutes im arteriellen System während der letzten Momente des Lebens, nicht noch weiter treiben; ich bemerke nur, daß, wenn der Tod, wie nach einer Herzwunde, im Zirkulationssystem beginnt, die oben beschriebenen Erscheinungen entweder gar nicht oder doch nur sehr wenig deutlich hervortreten.“ (72)
- Bichat kommt schließlich zur Erkenntnis: „Das schwarze Blut ist untauglich, die Tätigkeit und das Leben der Organe zu erhalten, die es nach Aufhebung der chemischen Funktionen der Lunge durchströmt.“ (72) Scharfsinnig sind Bichat's Beobachtungen und Schlüsse hierzu (72f):

*Worin besteht die Wirkung des durch die Arterien den Organen zugeführten schwarzen Blutes? Bei der Beantwortung dieser Frage sei zunächst darauf hingewiesen, daß der Kontakt mit dem roten Blute die Organe erregt, reizt und am Leben erhält, wie es aus folgenden Beobachtungen erhellt.*

- 1. Man vergleiche Entzündungsgeschwülste, Phlegmonen usw., bei deren Entstehung das rote Blut wesentlich beteiligt ist, mit skorbutischen Flocken, Petechien usw., die vom schwarzen Blute herrühren; man wird finden, daß erstere durch eine Steigerung, letztere durch eine örtliche Schwächung der Lebenskraft charakterisiert sind.*
- 2. Man betrachte zwei Menschen: bei dem einen zeigen ein rotes Gesicht, eine breite Brust, die Haut, die sich bei der geringsten Anstrengung rötet, die volle Entwicklung der Funktionen an, welche das schwarze Blut in rotes verwandeln; der andere mit livider und blasser Gesichtsfarbe, enger Brust usw. läßt schon an seinem Äußeren erkennen, daß diese Funktionen bei ihm darniederliegen; es kommt hierin die Verschiedenheit der Energie der betreffenden Funktionen bei beiden Individuen zum Ausdruck,*
- 3. Die meisten Fälle von seniler Gangrän beginnen mit livider Färbung der betroffenen Körperteile, die das sichere Kennzeichen des Mangels oder der Abnahme des roten Blutes ist,*
- 4. Die lebhafte rote Farbe der Kiemen gilt bei Fischen als Merkmal ihrer Kraft.*
- 5. Je röter Granulationen sind, um so gutartiger sind sie, je blässer und bräunlicher sie erscheinen, um so geringer ist die Neigung zur Narbenbildung.*
- 6. Die lebhafte Rötung des ganzen Kopfes, besonders des Gesichts, der Glanz der Augen usw. treffen in gewissen Fieberanfällen immer mit extremer Steigerung der Hirntätigkeit zusammen.*
- 7. Je mehr das Atmungssystem bei Tieren entwickelt ist, um so stärker tritt die Färbung ihres Blutes hervor, und infolgedessen ist auch die allgemeine Lebenstätigkeit: ihrer verschiedenen Organe gut und vollkommen entwickelt.*
- 8. In der Jugend, dem Lebensalter der Kraft, hat das rote Blut im Organismus das Übergewicht. Wer weiß nicht, daß bei Greisen im Verhältnis zu jüngeren Leuten die Arterien enger und die Venen weit, daß das Verhältnis der beiden Gefäßsysteme zueinander an den äußersten Grenzen des Lebensalters ein umgekehrtes ist?*

*Ich weiß nicht, wie das rote Blut vermöge seiner Beschaffenheit das Leben aller Organe anfacht und unterhält; vielleicht geschieht es durch die Verbindung der die Blutfarbe bedingenden Stoffe mit den verschiedenen Organen.*

- „Alle Organe des animalen Lebens sind vom Gehirn abhängig; mit seinen Funktionen hören notwendig auch die der übrigen Organe auf. Nun haben wir aber gesehen, daß die Kräfte des Gehirns durch die Berührung mit dem schwarzen Blute fast plötzlich von Atonie befallen werden. Folglich müssen in der Asphyxie die Organe der Lokomotion, der Stimme, der Empfindung außer Tätigkeit gesetzt worden; durch die gleiche Ursache werden diese Funktionen auch gelähmt, wenn man bei Experimenten schwarzes Blut in das Gehirn einspritzt, ohne daß die übrigen Organe von demselben berührt werden. Wenn nun das schwarze Blut im ganzen Gefäßsystem zirkuliert, wenn alle Organe ebenso wie das Gehirn seinem Einfluß unterliegen, so vereinigen sich zwei weitere Ursachen mit der zuerst erwähnten.
  1. Die vom schwarzem Blute durchströmten Nerven können die Verbindung des Gehirns mit den Sinnesorganen einerseits und den Lokomotions- und Stimmorganen anderseits nicht mehr aufrecht erhalten.
  2. Die Berührung mit dem schwarzen Blute hebt die Funktionen der Nerven selbst auf. Injiziert man in die Kruralarterie eines Tieres einer seiner Venen entnommenes schwarzes Blut, so sieht man alsbald die Bewegungen merklich schwächer werden, zuweilen sogar plötzliche Paralyse eintreten.“ (74)
- „Die von der Hirntätigkeit unabhängigen Organe des inneren Lebens werden nicht wie die des äußeren durch den Ausfall der Hirnfunktion infolge der Zirkulation schwarzen Blutes im arteriellen System (des Hirns) außer Tätigkeit gesetzt; nur der direkte Kontakt mit dem schwarzen Blute hebt ihre Funktionen auf.“ (75)
- Es wird immer sehr schwierig sein, exakt zu beweisen, daß die Organe der Sekretion, Exhalation und Ernährung aus dem schwarzen Blute die zur Erhaltung ihrer Funktionen notwendigen Stoffe nicht entnehmen können; denn das schwarze Blut fließt nicht lange genug durch die Arterien, um Experimente über die Funktionen dieser Organe anstellen zu können. Trotzdem wollte ich einige Versuche anstellen,“ (75)
- „Faßt man alles zusammen, was in den vorhergehenden Artikeln über den Einfluß der Lungen auf das Herz, auf das Gehirn und auf alle anderen Organe gesagt worden ist, so kann man sich leicht eine Vorstellung von dem sukzessiven Erlöschen aller Funktionen nach der Unterbrechung der mechanischen und der chemischen Lungenfunktionen bilden.“ (79f)
- „Sistieren die mechanischen Lungenfunktionen entweder infolge der verschiedenen im 5. Artikel angeführten Ursachen oder infolge analoger, wie z. B. einer Ruptur des Zwerchfells durch einen Sturz auf den Unterleib, wo dann die Baueingeweide über dem Zwerchfell zusammengedrängt worden (ich hatte Gelegenheit, zwei solche Fälle zu beobachten), oder durch gleichzeitige Frakturen vieler Rippen, durch Ausreißung des Sternums usw. so erfolgt der Tod auf folgende Weise: 1. Aufhebung der mechanischen Funktionen; 2. infolge des Sistierens der Luftaufnahme Aufhebung der chemischen Funktionen; 3. in Ermangelung der Erregung durch das Blut keine Hirntätigkeit mehr; 4. Aufhebung des animalen Lebens, der Empfindung, Lokomotion und der Stimme wegen Ausfalls der Erregung dieser Funktionen; 5. Aufhebung der allgemeinen Zirkulation; 6. desgleichen der Kapillarzirkulation, der Sekretion, Absorption, Exhalation wegen Mangels der Erregung dieser Funktionen durch rotes Blut; 7. Aufhebung der Verdauung wegen Ausfalls der Sekretion und der Erregung der Verdauungsorgane usw.“ (80)
- „Die Erscheinungen des Todes verketteten sich anders, wenn die chemischen Funktionen unterbrochen werden, wie 1. bei der Erstickung im Vakuum; 2. durch Verschluß eines in die Trachea eingebundenen Hahnes; durch Fremdkörper in der Trachea oder im Ösophagus; durch

Strangulation, durch Polypen, durch Anhäufung von Schleimmassen in den Luftwegen usw.; 3. bei den verschiedenen Entzündungen (skirrhösen) der Mundhöhle, des Rachens, des Larynx usw.; 4. beim Ertrinken; 5. beim Aufenthalt auf dem Gipfel sehr hoher Berge; nach Einführung irrespirabler Gase, wie Kohlensäure, Stickstoff, Wasserstoff, Chlorwasserstoff, Ammoniak usw.; infolge zu sehr verlängerter Atmung in gewöhnlicher Luft oder Sauerstoff usw. In allen diesen Fällen erfolgt der Tod auf folgende Weise:

1. Unterbrechung der chemischen Funktionen; 2. Aufhebung der Hirntätigkeit. 3. der Empfindungen, der willkürlichen Bewegungen, der Sprache und der mechanischen Funktionen der Atmung (die zu den willkürlichen Bewegungen gehören); 4. Stillstand des Herzens und der allgemeinen Zirkulation; 5. Aufhebung der Kapillarzirkulation, der Sekretionen, der Exhalation, Absorption und Verdauung; 6. Aufhebung der tierischen Wärme, die durch alle diese Funktionen hervorgebracht wird und den Körper erst verläßt, wenn alle Tätigkeit in ihm aufgehört hat. Diese Funktion erlischt immer zuletzt, welches auch immer die Funktion sein mag, mit deren Aufhören der Tod beginnt.“ (80f)

- „Wenn, wie bei der Wirkung des luftleeren Raums, der Strangulation, dem langen Aufenthalt in verbrauchter Luft, von Fremdkörpern in der Trachea usw., der einfache Luftmangel die Asphyxie verursacht, scheint mir einzig und allein der Kontakt aller Organe mit dem schwarzen Blute die unmittelbare Todesursache zu sein, wie ich es sehr ausführlich in diesem Werke auseinandergesetzt habe. Die allgemeine Wirkung dieses Kontaktes ist immer die gleiche, unabhängig von der speziellen Veranlassung der Asphyxie im einzelnen Falle.“ (83)
- Xavier Bichat betont an mehreren Stellen, dass das „schwarze Blut“ die eigentliche Todesursache sei: „

„Das animale Leben wird immer plötzlich und vor dem organischen unterbrochen, wenn nicht der Kontakt mit dem schwarzen Blute allein die Ursache der Asphyxie ist. Das Zentrum des animalen Lebens ist aber das Gehirn; von ihm geht die Tätigkeit des Empfindens und des Wollens aus. Durch die Aufhebung der Hirntätigkeit müssen alle unsere Beziehungen zur Außenwelt unterbrochen werden.“ (93)

In gleicher akribischer Weise untersuchte Xavier Bichat die Funktionen von Herz und Lunge. Es ist bezeichnend, dass Bichat bei seinen Studien mit dem Gehirn beginnt und in seinen Untersuchungen immer wieder das Gehirn in den Blick nimmt. Dies kommt deutlich in den 13 Artikeln zum Ausdruck, in denen er den Tod untersuchte:<sup>10</sup>

1. Allgemeine Betrachtungen über den Tod .....	1
2. Von dem Einfluss des Herztodes auf den Tod des Gehirns .....	4
3. Über den Einfluss des Herztodes auf den Tod der Lungen .....	13
4. Über den Einfluss des Todes des Herzens auf den aller anderen Organe .....	15
5. Über den Einfluss des Herztodes auf den allgemeinen Tod .....	22
6. Über den Einfluss des Lungentodes auf den Tod des Herzens.....	27
7. Von dem Einfluss des Lungentode auf den Tod des Gehirns.....	48
8. Über den Einfluss des Lungentodes auf den Tod aller Organe.....	58
9. Über den Einfluss des Lungentodes auf den allgemeinen Tod.....	79

<sup>10</sup> Die hier angegebene Seitenzahl entspricht der Übersetzung von Rudolf Boehm (1912).

10.Über den Einfluss des Gehirntodes auf den Tod der Lungen.....	96
11.Über den Einfluss des Gehirntodes auf den Herztod.....	106
12.Über den Einfluss des Hirntodes auf den Tod aller Organe.....	115
13.Von dem Einfluss des Hirntodes auf den allgemeinen Tod.....	128

Xavier Bichat unterschied das „animale Leben“ vom „organischen Leben“. Der Übersetzer Rudolf beschreibt aus Bichat's Texten das animale Leben wie folgt:

„Es werden unter anderem zwei Klassen von Krankheiten unterschieden: 1. solche, welche die Organe (Solida) des animalen Lebens befallen (Gehirn- und Nervenkrankheiten); hier sind die Fluida normal; es treten keine Krisen auf; 2. Krankheiten im Gebiete des organischen Lebens: hier sind 'Solida' und 'Fluida' an den krankhaften Vorgängen beteiligt; es finden Krisen statt.“ (XIII)

„Es folgt sodann die Einteilung des Lebens in das animale und organische Leben, die sich schon bei Buffon vorfindet. Aus seiner Vorrede zur I. Auflage ersieht man auch, daß Bichat die Idee dieser Einteilung nicht für sich in Anspruch nimmt.“ (XVI)

„Den beiden Arten des Lebens entsprechen zwei Arten von Funktionen — animale, die die Beziehungen des Individuums zur Außenwelt vermitteln, und organische, die dem 'inneren Leben' (Assimilation, Verdauung, Desassimilation usw.) vorstehen.“ [XVI]

„Die animalen sowie die organischen Funktionen zerfallen dann wiederum in zwei Gruppen, die in umgekehrter Richtung vor sich gehen. Im animalen Leben dient die erste Gruppe der Zuleitung aller äußeren Eindrücke durch die Sinnes- und Empfindungsnerven zum Gehirn, die zweite der Reaktion auf alle diese Reize durch die willkürlichen Bewegungen.“ (XVII)

„Das Gehirn ist das Zentrum des animalen Lebens.“ (XVII)

#### **Xavier Bichat selbst schreibt über das animale Leben:**

- „Das erste, was sich bei der Beobachtung verschiedener plötzlicher Todesarten ergibt, ist, daß bei allen bis zu einem gewissen Grade das organische Leben fortbestehen kann, während das animale erloschen ist, daß andererseits dieses so sehr von dem anderen abhängig ist, daß es niemals die Unterbrechung desselben überdauert. Das von einer Apoplexie, Hirnerschütterung oder dergl. betroffene Individuum lebt zuweilen noch mehrere Tage im Inneren fort, während sein äußeres Leben mit einem Schlage aufhört; hier: beginnt der Tod mit dem animalen Leben.“ (2)
- „Diese Beeinflussung und Verkettung der beiden Arten des Lebens scheint insbesondere zwischen dem Gehirn für das animale und der Lunge oder dem Herz für das organische Leben zu bestehen.“ (3)
- „Man weiß allgemein und schon seit langer Zeit, daß, wenn eine gewisse Menge Luft in das Gefäßsystem eingeführt wird, die Herztätigkeit sich überstürzt, das Tier unruhig wird, einen Schrei ausstößt, von Krämpfen befallen des animalen Lebens beraubt wird und während das organische Leben noch einige Zeit fort dauert, bald ganz zu leben aufhört.“ (11)
- „Das Herz schlägt noch einige Zeit bei dieser Todesart, nachdem das animalische Leben und mit ihm das Gehirn, das Zentrum desselben, ihre Tätigkeit schon eingestellt haben.“ (11)
- „Alle diese Funktionen werden dann aufgehoben, wie wenn die Hirnmasse eine heftige Erschütterung erlitten hat, die plötzlich ihre Tätigkeit zerstört. Dies ist die Ursache, weshalb eine Herzwunde, die Ruptur eines Aneurysma mit einem Schlage alle unsere Beziehungen zur Außenwelt aufhebt.“ (16)

- „So ist also im allgemeinen der Hergang der durch die Unterbrechung der Herztätigkeit bewirkten Vernichtung aller anderen Funktionen. Im animalen Leben erlöschen sie: 1. weil alle seine Organe im Innern nicht mehr vom Blute und außen nicht mehr durch die Bewegung der benachbarten Teile erregt werden, 2. weil das Gehirn, ebenfalls in Ermangelung von Erregungsursachen, mit keinem anderen Organ mehr sich in Verbindung setzen kann.“ (20)
- „Das ganze animale eben wird daher plötzlich vernichtet. Der Mensch hört in dem Augenblick, in welchem sein Herz gestorben ist, auf in Bezug auf die Außenwelt zu leben.“ (22)
- „Warum dauern die Lebenskräfte im inneren Leben noch eine Zeitlang fort, während diejenigen, die ihnen im äußeren Leben entsprechen, nämlich die diesem Leben eigene Art der Sensibilität und Kontraktilität, plötzlich erlöschen? Weil die Tätigkeit des Fühlens und der Bewegung im organischen Leben die Existenz eines allgemeinen Zentrums nicht voraussetzt, während im Gegensatz hierzu, um „animalisch“ fühlen und sich bewegen zu können, der Einfluß des Gehirns notwendig ist. Da nun aber die Energie des Gehirns mit der Herztätigkeit aufhört, muß im gleichen Augenblick auch alles äußere Empfinden und alle äußere Bewegung aufhören.“
- „Ich öffnete an einem Tiere Karotis und Jugularvene. Das aus letzterer fließende Blut nahm ich in einer auf Körpertemperatur erwärmten Spritze auf und spritzte es durch die Karotis, die nach dem Herzen hin zur Vermeidung einer Blutung unterbunden war, in das Gehirn. Fast momentan wird das Tier unruhig, die Atmung beschleunigt; es treten Erstickungserscheinungen analog wie bei Asphyxie auf; bald sind alle Symptome der letzteren vorhanden: das animale Leben ist vollständig aufgehoben, das Herz schlägt noch, die Zirkulation bleibt noch eine halbe Stunde lang bestehen, dann setzt der Tod auch dem organischen Leben ein Ziel. Der Hund war von mittlerer Größe; sechs Unzen schwarzen Blutes wurden allmählich unter geringem Drucke injiziert, damit man nicht etwa das, was die Wirkung der Zusammensetzung der Flüssigkeit war, dem mechanischen Schok zuschreiben konnte,“ (50)
- „Unterscheiden wir dabei zwei Stadien der Asphyxie: 1. dasjenige, in welchem nur die Hirnfunktionen aufgehoben sind; 2. dasjenige, in welchem auch die Zirkulation und die Bewegungen des Brustkorbes schon aufgehört haben; denn immer ist diese Krankheit durch das rasche Schwinden des animalen Lebens ausgezeichnet, während das organische erst in der Folge erlischt.“ (54)
- „Alle Organe des animalen Lebens sind vom Gehirn abhängig; mit seinen Funktionen hören notwendig auch die der übrigen Organe auf.“ (74)
- „Das animale Leben wird immer plötzlich und vor dem organischen unterbrochen, wenn nicht der Kontakt mit dem schwarzen Blute allein die Ursache der Asphyxie ist. Das Zentrum des animalen Lebens ist aber das Gehirn; von ihm geht die Tätigkeit des Empfindens und des Wollens aus. Durch die Aufhebung der Hirntätigkeit müssen alle unsere Beziehungen zur Außenwelt unterbrochen werden.“ (93)
- „Der Verkehr mit der Außenwelt, das ganze animale Leben ist unterbrochen, weil das vom schwarzen Blute durchflossene Gehirn seine das animale Leben beherrschenden Funktionen eingestellt hat.“ (95)
- „Ich habe aber bewiesen, daß alle Empfindungen im animalen Leben und speziell im Gehirn, dem Zentrum dieses Lebens, alle Leidenschaften hingegen im organischen Leben, der Lunge, dem Herzen usw. ihren Sitz haben. Wenn daher auch jeder Schmerz im Gehirn empfunden wird, wenn sich auch in diesem Organ das Prinzip befindet, das leidet, so reagiert es doch nicht auf die

Eingeweide des inneren Lebens; die Störung der Tätigkeit des Herzens und der Zirkulation hängt nicht von einer solchen Reaktion des Gehirns, sondern von dem unmittelbaren Einfluß der Leidenschaften ab, die das Tier, sein Herz und seine Lunge aufregen.“ (100)

- „Es ist aber zu beachten, daß diese verschiedenen Todesursachen in sehr verschiedenen Graden wirken. Sind sie geringfügig, so äußert sich die Wirkung nur in den intellektuellen Funktionen. Diese Funktionen sind es, die immer zuerst bei Hirnverletzungen gestört werden und die auch geringeren Einwirkungen leicht nachgeben. Im allgemeinen zeigt der Teil des animalen Lebens, der die Wahrnehmung der Außenwelt vermittelt, in seinem ganzen Umfang und alle davon abhängigen Funktionen, wie Gedächtnis, Imagination, Urteilsfähigkeit, die ersten Störungen. Nach stärkeren Verletzungen zeigen sich sofort in den willkürlichen Muskeln der Glieder unregelmäßige Zuckungen, steigern sich zu allgemeinen Konvulsionen, bis Lähmung eintritt. Wenn endlich die Verletzung den höchsten Grad erreicht, werden alle Muskeln des animalen Lebens, die Interkostales, das Zwerchfell und alle übrigen gelähmt. Der Tod muß dann sofort eintreten.“ (104f)
- „Es ergibt sich außerdem aus den genauer mitgeteilten Experimenten, daß die Atmung sozusagen eine gemischte Funktion ist, eingefügt zwischen die beiden Arten des Lebens, die sich in ihr berühren, dem animalen durch die mechanischen, dem organischen durch die chemischen Funktionen angehörend. Deshalb ist ohne Zweifel die Lunge ebenso eng mit dem Gehirn, dem Zentrum des animalen wie mit dem Herzen, dem Zentrum des organischen Lebens verbunden.“ (105)
- „1. Unterbrechung der Hirntätigkeit; 2. Lähmung aller Muskeln des animalen Lebens, folglich auch der Interkostales und des Zwerchfells; 3. hierdurch Aufhebung der mechanischen Lungenfunktionen; 4. Wegfall der chemischen Funktion und der des Farbenwechsels des Blutes; 5. Eindringen von schwarzem Blut ins Herzfleisch; 6. Schwächung und Lähmung der Herzmuskelfasern.“ (112f) = sehr korrekt den Ablauf bei Hirntod
- „Die Gangliennerven können die Hirntätigkeit nicht übertragen; denn wir haben gesehen, daß das von den Ganglien ausgehende Nervensystem als vom cerebralen Nervensystem vollständig unabhängig angesehen werden muß; daß der große Sympathikus seinen Ursprung nicht im Gehirn, Rückenmark oder den Nerven des animalen Lebens, sondern ausschließlich in den Ganglien hat; daß der Nerv selbst, genau genommen, überhaupt nicht existiert, vielmehr als Vereinigung so vieler kleiner Nervensysteme, als Ganglien vorhanden sind, zu betrachten ist, den besonderen Zentren des organischen Lebens analog dem großen und einzigen Zentrum des animalen Lebens, dem Gehirn.“ (120)

Xavier Bichat nennt ausschließlich das Gehirn als das „Zentrum des animalen Lebens“. Er benutzt in seinen „Physiologischen Untersuchungen über den Tod“ diesen Terminus viermal für das Gehirn.

#### **Xavier Bichat schreibt über das Gehirn:**

- „1. Jede stärkere Reizung des Gehirns durch Knochensplitter, Bluterguß oder andere Ursachen bewirkt fast immer partielle oder allgemeine krampfartige Bewegungen in den Muskeln des animalen Lebens. In den Organen des organischen Lebens, insbesondere am Herzen, sind dagegen keine Störungen zu beobachten.
- 2. Hirnkompressionen durch Eiter, Wasser, Blut oder Knochenfragmente wirken gewöhnlich im entgegengesetzten Sinne, d. h. sie führen zur Lähmung der willkürlichen Muskeln. So lange aber die Brustmuskeln nicht davon ergriffen sind, bleibt die Herztätigkeit ungestört.

3. Opium, Wein in gewisser Dosis, schwächen sofort die Tätigkeit des Gehirns und machen es für die Funktionen des animalen Lebens untauglich. Dabei arbeitet das Herz aber wie gewöhnlich fort; zuweilen ist seine Tätigkeit sogar gesteigert.

4. Bei Herzklopfen und Unregelmäßigkeiten der Herzaktion spricht keine Beobachtung dafür, daß die Störungen vom Gehirn ausgehen, das völlig intakt seine normale Tätigkeit fortsetzt. Cullen hat sich in diesem Punkte sowie auch hinsichtlich der Synkope geirrt.

5. Die Symptome der Apoplexie, Epilepsie, Katalepsie, der Narkose, der Commotio cerebri usw., die hauptsächlich vom Gehirn ausgehen, scheinen mir besonders für die Unabhängigkeit des Herzens vom Gehirn zu sprechen.

6. Jedes vom Gehirn unmittelbar abhängige Organ funktioniert eo ipso willkürlich.“ (107)

- „Da hingegen bei Hirnverletzungen die Unterbrechung der Atmung plötzlich erfolgt, schwärzt sich hier das Blut nicht allmählich; da andererseits das animale Leben mit einem Schlage vernichtet wird, werden auch alle Organe augenblicklich unbeweglich und können nicht mehr den Umlauf des Blutes begünstigen.“ (125)

Bichat untersuchte offensichtlich nicht nur Hunde, sondern auch Reptilien: „Dieser enge Zusammenhang tritt nicht hervor zwischen der Bewegung des Herzens und den Funktionen des animalen Lebens bei denjenigen Tieren, bei welchen das Gehirn für seine Tätigkeit nicht eines beständigen Anstoßes von Seiten des Blutes bedarf. Man beraube ein Reptil des Herzens, unterbinde alle seine großen Gefäße, es wird sein äußeres Leben noch lange Zeit fortführen, die Lokomotion, die Empfindungen usw. werden nicht wie bei den Tieren mit warmem und rotem Blute augenblicklich aufhören.“ (16)

„Außer den oben angeführten Ursachen der Aufhebung aller animalischen und organischen Funktionen nach dem Herztillstand macht sich noch eine andere im Bereiche der meisten organischen Funktionen, der Ernährung, Exhalation, Sekretion und der nur durch die abgesonderten Flüssigkeiten bewirkten Verdauung geltend. Sie besteht darin, daß diese Funktionen aufhören müssen, wenn die Organe nicht mehr die für ihre Tätigkeit erforderlichen Stoffe zugeführt erhalten. Dieses Erlöschen der Funktionen erfolgt aber nur allmählich, weil die Organe diese Stoffe nicht der allgemeinen Zirkulation, sondern den Kapillargefäßen entnehmen; nun ist aber die Zirkulation in den letzteren nur den unmerklichen kontraktile Kräften der betreffenden Organe unterworfen; diese Zirkulation ist vom Herzen unabhängig, wie es aus Beobachtungen an den meisten Reptilien sich ergibt, wo man das Herz entfernen kann und, trotzdem es nicht mehr vorhanden ist, das Blut noch lange Zeit in den kleinen Gefäßen sich hin- und herbewegt.“ (19)

- Vieles, was heute zum Allgemeinwissen gehört, musste vor über 200 Jahren von Menschen wie Xavier Bichat mühsam erforscht werden. Dafür gebührt ihnen Anerkennung und Respekt.

### 1.1.3 Schwierigkeit der Todesfeststellung

Die Tatsache, dass bis in die Gegenwart in medizinischen Fachbüchern der Begriff „Scheintod“ genannt ist, belegt die Schwierigkeit der sicheren Todesfeststellung. So heißt es z.B. in der 269. Auflage des 2023 erschienenen Pschyrembel zum Scheintod:<sup>11</sup>

*Vita reducta. Zustand tiefer Bewusstlosigkeit mit klinisch nicht oder kaum nachweisbaren Lebenszeichen (z.B. Atmung, palpatorische Puls, auskultatorische Herztöne und Atemgeräusche, Pupillenreaktionen), jedoch ohne sichere Todeszeichen.*

<sup>11</sup> Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. 269. Auflage. Berlin 2023, 1555f.

Das bedeutet nicht, dass es heute viele falsche Todesfeststellungen gibt, ähnlich wie sie in der Literatur des 19. Jh. Scheintod massenweise genannt wurden. Vieles davon wurde bereits damals von Ärzten als unglaublich und übertrieben zurückgewiesen. Aus heutiger Sicht erscheinen viele Berichte von Scheintoten aus dem 19. Jh. als frei erfunden.

Die heute vereinzelt noch vorkommenden falschen Todesfeststellungen zeigen auf, dass es Situationen gibt, in denen es schwierig ist, den Tod sicher festzustellen. Dies gilt insbesondere bei kalter Umgebungstemperatur: Wenn an dem Körper des Aufgefundenen keine Atmung und kein Herzschlag festgestellt wird, dafür aber eine Steifheit der Glieder, kann leicht diese Steifheit als Totenstarre fehlgedeutet werden. Daher gibt es unter den Rettungssanitätern den Grundsatz:

*Niemand ist tot, bis er warm und tot ist.*

Friedrich Julius Siebenhaar beschrieb im Jahr **1840** ausführlich die Totenstarre:<sup>12</sup>

*Längere oder kürzere Zeit nach Eintritt des Todes verliert der menschliche Körper seine Weiche und die Beweglichkeit seiner Glieder, die muskulösen Theile werden steif und hart, und die Gliedmassen sind nicht aus der Lage zu bringen, die sie beim Ableben hatten, oder welche man ihnen, während der Körper noch weich war, gegeben hatte. Diese Erstarrung gilt als ein Zeichen des wirklich erfolgten Todes (s. Scheintodt), kann aber für sich allein nichts beweisen.*

Siebenhaar beschrieb auch im Jahr **1840** ausführlich die Totenflecken:<sup>13</sup>

*Dieses sind bläuliche, rothviolette, oder graurothe, mehr oder weniger scharf begränzte, oft ziemlich ausgebreitete, rund unregelmässige Flecken oder Streifen bildende Hautfärbungen am menschlichen Leichname, die sich hauptsächlich auf der, der Erde zugekehrten Seite des liegenden Körpers, mithin meistens auf dem Rücken, der hinteren Seite der Oberschenkel und Arme, den Hinterbacken und Waden, einige Zeit nach Erlöschung des Lebens bilden und mit Recht zu den sicheren Zeichen des wirklich erfolgten Todes gerechnet werden. Sie verdanken ihre Entstehung einer Senkung und Anhäufung des in Zersetzung begriffenen und daher flüssig gewordenen Blutes in den feinsten Endigungen der Capillargefässe der Haut, wahrscheinlich auch einer förmlichen Durchschwitzung des im Blutwasser aufgelösten Farbstoffes des Blutes durch die Gefässwandungen.*

Sie konnten sich jedoch als sichere Todeszeichen noch nicht durchsetzen. So tat man sich im Jahr **1844** mit dem Benennen sicherer Todeszeichen sehr schwer:<sup>14</sup>

*Die Kennzeichen des Todes sind theils nicht alle von gleicher Zuverlässigkeit, theils überhaupt noch ungewiß. Kälte, Pulslosigkeit, merkliches Stillstehen des Athems und aller Bewegungen, blasse Todtenfarbe, Todtenflecken, erloschener Glanz der Augen, Steifigkeit der Glieder etc. sind nach den gewissenhaftesten Zeugnissen der Aerzte auch öfters die begleitenden Zufälle des Scheintodes, eines mittleren Zustandes zwischen Tod und Leben. Auch selbst die angehende Fäulniß ist eben so wenig, als die starre Sinnlosigkeit ein gewisses und untrügliches Merkmal und Zeichen des Todes.*

- 
- 12 Friedrich Julius Siebenhaar: Enzyklopädisches Handbuch der gerichtlichen Arzneikunde für Ärzte und Rechtsgelehrte. Leipzig 1838–1840, 2 Bände. Bd. 2 (1840), 657. Nach: <https://books.google.de/books?id=WbM9AAAAcAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>
- 13 Friedrich Julius Siebenhaar: Enzyklopädisches Handbuch der gerichtlichen Arzneikunde für Ärzte und Rechtsgelehrte. Leipzig 1838–1840, 2 Bände. Bd. 2 (1840), 656. Nach: <https://books.google.de/books?id=WbM9AAAAcAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>
- 14 D. Johann Georg Krünitz: Oekonomische Encyclopädie oder allgemeines System der Staats- Stadt- Haus- und Landwirthschaft. (242 Bände. 1773-1858) Bd. 185 (1844) "Tod", 404.



Auch andere Mediziner taten sich im Jahr **1845** mit der Benennung sicherer Todeszeichen schwer:<sup>15</sup>

*Alle sicheren Todeszeichen lassen sich nach der Reihenfolge und den Stadien, in denen sie am Leichname auftreten, so wie dem physiologischen Vorgänge nach in die der Laxität, die des Rigors und die der Fäulniß eintheilen. Alle jene Zeichen hingegen, welche von dem Aufhören der sichtbaren Lebensphänomene entnommen werden, wie die Abwesenheit der Blutbewegung, die der Respiration, die Kälte des Körpers, die vollkommene Unbeweglichkeit desselben auf verschiedene angewandte Reize (Einschnitte, Stechen an den empfindlichsten Stellen, Brennen, Vesicatore, Schröpfköpfe) sind mehr oder weniger unsicher.*

Statt dessen empfahlen die gleichen Herrn im selben Buch:<sup>16</sup>

*Der wirkliche Tod soll dargethan werden: durch die früher eintretende völlige Erstarrung des Körpers; durch das gänzliche Aufhören des Herzschlages, (welches man durch ein, auf die Gegend des Herzens gesetztes, bis zum Ueberlaufen angefülltes Glas Wasser erforschen soll), durch den mangelnden Ausfluß des Blutes aus deinem geöffneten Blutgefäße, dadurch, daß die Venen unterhalb eines um den Arm belegten Bandes nicht anschwellen und der Theil nicht röthet wird; durch den gänzlichen Mangel der Respiration, welcher daran erkannt werden soll, daß die vor Mund und Nase gehaltene Flamme einer Kerze oder eine Flaumfeder, sich nicht bewegen, und ein vorgehaltener Spiegel nicht beschlägt. Auch soll man achten auf das Trübwerden und Einsinken der Hornhaut, auf die Unbeweglichkeit der Pupille, das Herunterhängen des Unterkiefers, die Erschlaffung der Schließmuskeln, und die gelbe Farbe der Hand- und Fußsohlenflächen. Wenn man eine Hautstelle brennt, so sollen beim wahren Tode keine Brandblasen entstehen, wohl aber beim Scheintode.*

Wie schwierig es ist, den Tod eines Menschen sicherzustellen, zeigen die falschen Todesfeststellungen des 21. Jh. bei uns in Deutschland auf. Hierbei ist zu bedenken, dass in Deutschland jährlich rund eine Million Menschen sterben und damit diese falschen Todesfeststellungen äußerst selten sind:

- März **2015** stellte in einem Gelsenkirchener Pflegeheim die Pflegefachkraft an einer 92-jährigen Bewohnerin weder Atmung noch Puls fest. Hierauf rief sie einen Arzt, der schließlich den Totenschein ausfüllte. Die 92-Jährige wurde vom Bestatter abgeholt und schlug bei ihm plötzlich die Augen auf. Es war vom Arzt die Leichenschau nicht ordentlich durchgeführt worden. 2 Tage später starb die Dame im Krankenhaus.<sup>17</sup>

Auf dem Amtsgericht kann es zu einer falschen Todeserklärung kommen. So teilte im Jahr 2014 das Amtsgericht Dortmund fälschlicher Weise Renate Busch mit, dass ihr Onkel verstorben sei. Doch das Schreiben war ein bedauerlicher Fehler, wie Amtsgerichts-Sprecher Dr. Gerhard Breuer einräumte.<sup>18</sup>

Dass mit dem heutigen medizinischen Wissen die Feststellung des Todes nicht immer einfach ist, geben die Worte des Rechtsmediziners Burkhard Madea aus dem Jahr 2012 wieder:<sup>19</sup>

*Eine Kombination von Medikamentenintoxikation mit allgemeiner Unterkühlung ist die häufigste Ursache für eine Vita minima und Vita reducta mit fälschlicher Attestierung des Todes. Dass*

- 15 D.W.H. Busch, J.F. Dieffenbach, J.F.C. Hecker, E. Horn, J.C. Jüngken, H.F. Link, J. Müller (Hg.) : Encyclopädisches Wörterbuch der medicinischen Wissenschaften. Berlin 1828-1849. 37 Bände. Bd. 33 (1845) Artikel "Tod", S. 571. Nach: <https://books.google.de/books?id=oqJhAAAAIAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>
- 16 D.W.H. Busch, J.F. Dieffenbach, J.F.C. Hecker, E. Horn, J.C. Jüngken, H.F. Link, J. Müller (Hg.) : Encyclopädisches Wörterbuch der medicinischen Wissenschaften. Berlin 1828-1849. 37 Bände. Bd. 3 (1829) 546. Nach: <https://books.google.de/books?id=OU5hAAAAIAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>
- 17 Wieso wurde die alte Dame (92) für tot erklärt? In: Bild (25.03.2015). Nach: <https://www.bild.de/regional/ruhrgebiet/scheintod/wieso-wurde-die-alte-dame-fuer-tot-erklart-40294266.bild.html>
- 18 Amtsgericht Dortmund erklärt Mann fälschlich für tot. In: WAZ (26.11.2014) Nach: <https://web.archive.org/web/20141129052530/https://www.derwesten.de/staedte/dortmund/amtsgericht-dortmund-erklarte-mann-faelschlich-fuer-tot-id10079301.html>
- 19 Burkhard Madea, Frank Mußhoff, Brigitte Tag: Kurzlehrbuch Rechtsmedizin. Bern 2012, 141.

*bei den bekannt gewordenen Fällen einer fälschlichen Attestierung des Todes bei noch Lebenden mehrheitlich Frauen betroffen sind, ist sicherlich kein zufälliger Fehler; möglicherweise wird geschlechtsspezifisch die Leichenschau bei Frauen noch weniger sorgfältig durchgeführt als bei Männern.*

Daher ist es sinnvoll, die Aufgabe der Todesfeststellung den Sachverständigen zu überlassen, die die hierfür notwendige Expertise besitzen. Das sind ausnahmslos die approbierten Ärzte. Andernfalls fallen wir in die Zustände des 19. Jh. zurück.

#### 1.1.4 Methoden der Todesfeststellungen

1809 schrieben Consbruch und Ebermaier in ihrem „Klinischen Taschenbuch für practische Ärzte“ über die Unterscheidung von Scheintod und Tod des Menschen:<sup>20</sup>

*Diejenigen Zeichen, aus denen man schliessen kann, dass noch ein Ueberrest des Leben in dem Körper verborgen sey, sind: 1) wenn sich eine Bewegung , sey sie auch noch so klein, z.B. ein kleines Zucken des Mundes u. dgl. bemerken lässt. 2) Wenn sich der Augenstern beym Vorhalten eines Lichtes zusammenzieht und beym Wegthun wieder erweitert. 3) Wenn die Wärme, besonders in der Gegend des Herzens, sich nicht verlieren will. 4) Wenn man ein Licht oder einen Flaumfeder vor den Mund hält und diese sich bewegen, oder man setzt ein Glas Wasser mitten auf die Brust, und dieses zeigt eine Bewegung, so kann man gewiss seyn, dass noch ein schwaches Athemholen und folglich ein Ueberrest des Lebens da sey. 5) Wenn ein oder das andere Auge aufgeht, oder die Wangen plötzlich roth werden, oder die geöffneten Adern anfangen zu fließen. 6) Wenn man dem Todten stark ins Ohr ruft und sich dabei irgend ein Zucken in den Gesichtszügen oder sonst eine Bewegung äussert. 7) Wenn man in beyde Augen eine Grube drückt und sich solche wieder ausfüllt.*

Die „Professoren der medicinischen Facultät zu Berlin“, C.F.v. Gräfe, C.W. Hufeland, H.F. Link und K.A. Rudolphi, schrieben 1829 in „Encyclopädisches Wörterbuch der medicinischen Wissenschaften“ auf Seite 546f über die Todesfeststellung:<sup>21</sup>

*Die richtige Unterscheidung des Scheintodes vom wirklichen Tode, ist begreiflicherwise von großer Wichtigkeit. Der wirkliche Tod soll dargethan werden: durch die früher eintretende völlige Erstarrung des Körpers; durch das gänzliche Aufhören des Herzschlages, (welches man durch ein, auf die Gegend des Herzens gesetztes, bis zum Ueberlaufen angefülltes Glas Wasser erforschen soll), durch den mangelnden Ausfluß des Blutes aus einem geöffneten Blutgefäße, dadurch, daß die Venen unterhalb eines um den Arm belegten Bandes nicht anschwellen und der Theil nicht röther wird; durch den gänzlichen Mangel der Respiration, welcher daran erkannt werden soll, daß die vor Mund und Nase gehaltene Flamme einer Kerze oder eine Flaumfeder, sich nicht bewegen, und ein vorgehaltener Spiegel nicht beschlägt. Auch soll man achten auf das Trübwerden und Einsinken der Hornhaut, auf die Unbeweglichkeit der Pupille, das Herunterhängen des Unterkiefers, die Erschlaffung der Schließmuskeln, und die gelbe Farbe der Hand- und Fußsohlenflächen. Wenn man eine Hautstelle brennt, so sollen beim wahren Tode keine Brandblasen entstehen, wohl aber beim Scheintode. Nach Blumenbach soll es ein sicheres Unterscheidungszeichen des wahren Todes seyn, wenn Rücken und Lenden, wo der Körper aufliegt, platt gedrückt sind. Kite empfahl die Electricität als ein sicheres Prüfungsmittel; Creve den Galvanismus, welcher Vorschlag später durch Heidmann, Bremser und Sturve weiter ausgeführt wurde. Hermbstädt verweist auf die beim wirklichen Tode eintretende ammoniakalische und dann saure Gährung, wovon jene durch ein dem Körper genähertes, mit Essigsäure, diese durch ein, mit ätzendem Ammonium*

20 Georg Wilhelm Christoph Consbruch, Johann Erdwin Christoph Ebermaier: Klinisches Taschenbuch für practische Ärzte. Leipzig 1809, 524. Nach: <https://opacplus.bsb-muenchen.de/title/BV006028770>

21 C.F.v. Gräfe, C.W. Hufeland, H.F. Link, K.A. Rudolphi (Hg.) : Encyclopädisches Wörterbuch der medicinischen Wissenschaften. Berlin 1828-1849. 37 Bände. Bd. 3 (1829) 546f. Nach: <https://books.google.de/books?id=OU5hAAAAIAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>

*bestrichenes Holzstäbchen, und die in beiden Fällen sich entwickelnden sichtbaren Dämpfe erkannt werden soll. - Alle diese Unterscheidungszeichen sind jedoch, wie leicht erhellet, theils unsicher, theils nicht anwendbar; das einzige sicher Zeichen, wodurch der wirkliche Tod sich vom Scheintode unterscheiden läßt, ist vielmehr der Uebergang des Körpers in Fäulniß, die sich besonders durch die grünliche Färbung der Bauchdecken zu erkennen giebt.*

Auf der Seite 550f heißt es weiter:

*Die zur Wiederbelebung der Scheintodten selbst dienenden Mittel sind nun, nach dem Obigen, 1) solche, wodurch wir die Respiration, die Thätigkeit der Lungen und des Herzens, und somit den Blutumlauf und die erforderliche Decarbonisation des Blutes wieder herzustellen suchen. Hierher gehört zuvörderst das Lufteinblasen. Die einfachste Art, dieses zu bewerkstelligen, besteht darin, daß ein Mensch seinen Mund auf den Mund des Verunglückten fest andrückt, und, indem er die Nase desselben zuhält, seinen Athem ausbläst. Da jedoch die eingeathmete Luft bereits eine Veränderung ihrer Mischung erlitten hat, so ist es besser, sich eines reinen Blasebalges zu bedienen. Man umwickelt das vordere Ende des Rohres mit einem nassen Leinwandläppchen, bringt dasselbe in ein Nasenloch, und bläst langsam Luft ein, während ein Gehülfe das andere Nasenloch und den Mund fest zuhält. Auch ist es rathsam, den Kehlkopf etwas zurück und dadurch die Speiseröhre zusammendrücken zu lassen, damit die Luft nicht, statt in die Luftröhre, durch den Schlund in den Magen trete. - Wird das Eindringen der Luft durch in der Mund- und Nasenhöhle, oder im Kehlkopfe, in der Luftröhre, befindlichen Schleim oder andere fremde Körper verhindert, so müssen diese zuvor entfernt werden. Man reinigt Nase und Mund mit dem Barte einer Feder, mit den Fingern, mit einem kleinen, an ein biegsames Fischbeinstäbchen befestigten Schwamme, oder durch wiederholte Einspritzungen von lauem Wasser, wobei der Körper auf die Seite gelegt wird. Zuweilen ist der Kehlkopf fest durch den Kehldeckel verschlossen, dann muß man diesen, dadurch, daß man die Zunge hervorzieht, zu lösen suchen. Auch kann es erforderlich werden, ein elastisches Röhrchen durch die Stimmritze in den Kehlkopf zu schieben, oder, wenn das der Luft den Eintritt verwehrende Hinderniß in der Luftröhre sitzt, den Kehlkopf oder Luftröhrenschnitt zu machen.*

Auf Seite 551 wird bereits die Verwendung von Sauerstoff empfohlen:

*Wirksamer noch, als das Einblasen der gewöhnlichen atmosphischen Luft, ist die Anwendung von Sauerstoffgas. Man hat gerathen zu dem Ende eine Quantität desselben in wohlverstopften Flaschen, in den Rettungsapparaten aufzubewahren.*

Trotz solch fortschrittlichen Empfehlungen gibt es auf Seite 552 die heute seltsam anmutende Empfehlung, den Körper zur Wiederbelebung zu erwärmen:

*Dahin gehört nun ganz vorzüglich die Erwärmung des Körpers. Die künstliche Wärme darf aber nur etwas stärker, als die Wärme des scheintodten Körpers seyn, und darf nur in dem Grade, wie der Körper warm wird, verstärkt werden. Auch ist es besser, wenn bei der Erwärmung die Oberfläche des Körpers dem Einflusse der atmosphärischen Luft nicht entzogen wird, und nie darf die Erwärmung durch Erhitzung der zum Athmen erforderlichen Luft bewirkt werden.*

*Starr gefrorene Menschen müssen zunächst durch ein Schneebad aufgethauet werden, welches, im Vergleich zur Temperatur ihres Körpers, schon als ein warmes Bad zu betrachten ist. Der Scheintote wird nackt auf ein Schneelager gelegt, und überall, Mund und Nase ausgenommen, mit Schnee bedeckt. So läßt man ihn liegen, bis die starrgefrorenen Glieder wieder beweglich geworden sind.*

Wenn Wärme zur Wiederbelebung nicht geholfen hat, empfehlen die Professoren auf Seite 554f:

*Außer der Wärme können nun aber noch mannigfache andere Reizmittel bei Scheintodten in Anwendung gebracht werden. Dahin gehören besonders: Reiben des Körpers mit weichen wollenen Tüchern oder weichen Bürsten, die man, wenn sie nicht weich genug sind, noch mit*

*Oel befeuchten muß. Besonders Herzgrube, Rückgrath und die Extremitäten müssen gerieben werden, aber nicht so stark, daß die Haut wund davon wird. - Fußsohlen und Handflächen müssen dagegen mit scharfen Bürsten gebürstet werden. - Ferner Electricität und Galvanismus. Man soll mit den electrischen Schlägen, die nur sehr schwach seyn dürfen, das Herz zu treffen suchen, und zu dem Ende der positiven Pol zwischen der vierten und fünften linken Rippe, den negativen zwischen der zweiten und dritten rechten, oder jenen am linken Rande der Herzgrube, diesen im Genicke, oder auch den anderen Pol am Brustbeine, den anderen hinten am Rückgrathe anlegen. Hufeland rath einen mit Pech oder Siegelack überzogenen Leiter in den Schlund, den anderen bald in der Mitte des Rückgraths, bald in der Herzgrube anzubringen. - Um mit dem Galvanismus vorzüglich auf den sympathischen Nerven einzuwirken, soll man den einen Pol der Säule in den Rachen bringen, den andern aber in den After schieben. Andere Reizmittel sind: Klystire, von einem Chamillen-Aufguß, mit Essig, Kochsalz, Seife u. dgl. versetzt; oder Klystiere von Tabackrauch, (deren Nutzen jedoch zweifelhaft ist) zu deren Beibringung man besondere Werkzeuge angegeben hat (...). Einspritzungen in den Magen von Wein, Wasser, und Brandtwein, u. dgl. Das Einspritzen geschieht durch ein biegsames Röhrchen, welches durch den Mund oder die Nase bis tief in den Schlund geleitet worden ist. - Tropfbäder, wobei man Wasser, nöthigenfalls kochendes, tropfenweise aus einer Höhe auf Kopf, Herzgrube, Geschlechtstheile, Rückgrath u.s.w. fallen läßt; Spritzbäder, mit einer Klystierspritze geben; kalte Uebergießungen des Kopfes, während der Scheintodte sich im warmen Bade befindet; Niesemittel, Schnupftaback eingeblasen, oder Salmiakspiritus, Meerrettich-, Zwiebel-Saft vor die Nase gehalten; Kitzeln des Schlundes mit einer Feder, die man mit Salmiakspiritus befeuchten kann, Peitschen mit Brennesseln, Einwickeln der Füße in Senfteig; Tröpfeln von Siegelack auf die Haut; Stechen mit Nadeln unter die Nägel; Aufsetzen großer trockener Schröpfköpfe auf Brust und Bauch; Brennen mit dem glühenden Eisen.*

Das „Brennen mit dem glühenden Eisen“ mag uns heute befremdlich und grausam erscheinen. Es soll jedoch an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass dies als letztes Mittel genannt ist. Wenn die „weichen“ Bemühungen erfolglos sind, wird zu immer „härteren“ Mitteln gegriffen, wie z.B. das „Stechen mit Nadeln unter die Nägel“ und schließlich das „Brennen mit dem glühenden Eisen“.

Im Jahr 1840 gab die „Ausführliche Encyklopädie der gesammten Staatsarzneikunde“ von Georg Friedrich Most eine ganze Liste von Maßnahmen an, die zur Todesfeststellung – der Unterscheidung von Scheintod (noch lebend) und Tod – dienten, u.a. dieses: <sup>22</sup> Man solle Reiben und Bürsten, aufwärts von den

*Gliedern nach dem Stamme zu; auch der Rücken, die Brust, besonders die Herzgrube dürfen nicht vergessen werden. Hierzu sind vier Personen nothwendig, wovon eine jede ein Glied handhabt, und die, sobald sie müde wird, durch vier andere abgelöst werden müssen. Die Wahrscheinlichkeit der Wiederbelebung ist um so grösser, je mehr sich während des Reibens Röthe des Körpers, Weichheit der Haut und Muskelspannung zeigt. Man setzt dann zur Abwechslung den Scheintodten in ein laues Bad, giesst ihm 2-3 Eimer kalten Wasser über den Kopf, nimmt ihn wieder heraus, trocknet ihn mit warmen Tüchern ab, lässt ihn an Salmiakgeist riechen und setzt das Reiben und Bürsten fort. 4) Von grosser Wichtigkeit ist die gehörige Zeit und Reihenfolge bei Anwendung der Hülfsmittel. Lufteinblasen, Reiben, und bei blauem Gesichte Aderlassen sind die ersten Mittel. Ist damit fruchtlos eine Stunde verflossen, so tritt der Zeitpunkt ein, wo Klystiere, Einspritzungen in den Magen, Riech- und Niesmittel, Tropfbad, laues Bad, kalte Begiessungen und Umschläge auf den Kopf, Bürsten der Fusssohlen, Kitzeln des Schlundes mit einer Feder u.s.w. nützlich sind, Nach 1½-2 Stunden fruchtlos angewandten*

22 Georg Friedrich Most: Ausführliche Encyklopädie der gesammten Staatsarzneikunde. Für Gesetzgeber, Rechtsgelehrte, Policeibeamte, Militärärzte, gerichtliche Ärzte, Wundärzte, Apotheker und Veterinärärzte. Leipzig 1838–1840, 2 Bände. Bd. 2 (1840), 648. Nach: <https://books.google.de/books?id=nhwPAAAAYAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>



Versuchen wendet man Folgendes, eines nach dem andern an: Peitschen des ganzen Körpers mit Brennesseln, Nadelstiche, angebracht unter die Nägel der Hände und Füße, heisser Siegelack, auf einige Stellen der Haut geträpelt, Schröpfköpfe auf die Brust und den Unterleib, Tropfbad von kochendem Wasser auf die Brust, elektrische Schläge durch die Glieder und die Herzgegend, Aku- und Elektropunctur des Herzens, oder doch der Herzgrube, der Pleura, Brennen der Fusssohlen mit dem Glüheisen, warmes Aschen- oder Sandbad. 5) Viele Scheintodte wären gerettet worden, hätte man die starken Reizmittel nur erst nach Anwendung gelinder Reize: der Wärme, des Reibens u.s.w. angewandt. Man denke an die Lebendigbegrabenen, die in der Erde auch ohne Reizmittel oft noch so spät erwachten, wovon schauerhafte Beispiele genug vorhanden sind, und man wird diesen Ausspruch billigen. 6) Der Galvanismus ist ein höchst wichtiges, leider! noch immer zu wenig gebrauchtes Mittel bei Scheintodten, da er ein spezifisches Reizmittel für die Nerven und Blutgefässe ist. Besonders zu empfehlen ist er bei Ertrunkenen und vom Blitz Getroffenen (Ackermann, Wiedemann, Most). Man bauet eine Voltasäule von 50-60 Doppelplatten auf, setzt den Conductor des Zinkpols in die Gegend der zweiten Rippe, den des Kupferpols in die Gegend der sechsten Rippe der linken Seite, und lässt so einzelne galvanische Schläge durch. Noch wirksamer ist, um vorzüglich auf den Nervus sympathicus magnus zu wirken, wenn man den Zinkpolconductor in den After bringt, und dann vorsichtig, ohne andere Theile im Munde zu berühren, mit dem Kupferpolconductor in kleinen Zwischenräumen von  $\frac{1}{4}$  Minute die innere Wand des Schlundkopfs berührt. 7) Ein wirksames, in Ermangelung einer Voltassäule anzuwendendes Mittel ist noch die Ackupunctur (Churchill). Noch wirksamer ist die Elektropunctur. Um diese in der Geschwindigkeit ohne Voltasäule zu bewerkstelligen, kann ich Folgendes aus eigener Erfahrung (mit Erfolg bei einem ins Wasser gefallenen Kinde, nach  $1\frac{1}{2}$  Stunden vergeblich angewandten anderen Mitteln, gebraucht) empfehlen: man sticht eine feine Acupuncturnadel in die Gegend des Herzens zwischen den Rippen  $\frac{1}{2}$  Zoll tief ein, befestigt daran einen silbernen feinen Draht, woran sich ein silberner Löffel befindet, den man in ein Glas mit Salzwasser bringt; eine zweite Nadel sticht man in die Herzgrube, befestigt daran einen anderen feinen Draht, woran sich ein Stück Zink befindet, welches man in ein Glas, worin warmes Wasser und Asche befindlich ist, legt. Beide Gläser stellt man nun nahe aneinander, und schliesst abwechselnd die galvanische Kette durch einen feinen, polierten trockenen Draht, den man mit einem seidenen Tuche anfasst. (Es erfolgten im erwähnten Falle leise Erschütterungen, Röthe der Lippen, und nach 20 Minuten Seufzen, schwache Respiration und Wiederbelebung).

Man setzte den Scheintoten starken bis stärksten Reize (Glüheisen) aus, damit sich das in ihm steckende Leben zeigen muss. Heute wissen wir, dass dies bei einigen Komapatienten gelingt. Es gibt daneben auch Komatiefen, bei denen auf äußere Reize keine Reaktion erfolgt. Deswegen sind sie aber nicht tot. Nach dem Wissensstand des 19. Jh. waren sie jedoch tot. Erstaunt war man jedoch, wenn solch ein Komatöser aus seinem tiefen Koma wieder erwachte, was den Scheintod-Glauben weiter nährte.

Aus den Texten lässt sich ableiten, dass diese „Gebrauchsanweisungen“ für die Wiederbelegung bzw. für die Unterscheidung von Scheintod und Tod nicht für Ärzte geschrieben ist, sondern für medizinische Laien. Sie waren es, die bis Mitte des 19. Jh. fast ausschließlich den Tod des Menschen festzustellen hatten.

Georg Friedrich Most schrieb 1840 in „Ausführliche Encyklopädie der gesammten Staatsarzneikunde“ über die Todesfeststellung:<sup>23</sup>

23 Georg Friedrich Most: Ausführliche Encyklopädie der gesammten Staatsarzneikunde. Für Gesetzgeber, Rechtsgelehrte, Policeibeamte, Militärärzte, gerichtliche Ärzte, Wundärzte, Apotheker und Veterinärärzte. Leipzig 1838–1840, 2 Bände. Bd. 2 (1840), 910f. Nach: <https://books.google.de/books?id=nhwPAAAAYAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>

Welche Prüfungsmittel zur Constatirung des wirklichen Todes gibt es? Die Mehrzahl derselben giebt nur zweifelhafte und unzureichende Beweise, z.B. das Vorhalten eines Spiegels oder einer Flamme vor den Mund, um zu sehen, ob das Individuum noch respire; denn einerseits kann ein Spiegel auch die einem Todten durch den Dunst aus der Lunge anlaufen, und andererseits bemerkt man völliges Aufhören des Athmens auch bei Scheintodten. Ebenso giebt auch der Mangel an Herz- und Aderschlag, die Nichtreactionen auf irritirende, stimulirende Mittel: Salmiakgeist, Vesicatorien, Kauterisiren etc. kein Beweis. - Entblösst man ein Stück von einem oberflächlich liegenden Bewegungsmuskel und setzt ihn mit der Voltsäule in Verbindung, so wird derselbe beim wirklichen Tode – meint Orfila – nicht mehr zucken; daher er dieses Zeichen für wichtig hält. Die Muskeln sind aber, nach fremden und eigenen Erfahrungen, auch beim wirklichen Tode oft noch stundenlang sehr empfindlich gegen den galvanischen Reiz – Die verschiedenen gewaltsamen Todesarten machen einen der wichtigsten Artikel für die gerichtliche Arzneikunde aus. Wir betrachten hier dieselben einzeln nach dem Alphabet und benutzen dazu sowohl fremde Beobachtungen, nach den besten Quellen, als auch eigene, aus dem Leben genommene Erfahrungen.

Friedrich Julius Siebenhaar schrieb **1840** in „Enzyklopädisches Handbuch der gerichtlichen Arzneikunde für Ärzte und Rechtsgelehrte“ über die Todesfeststellung:<sup>24</sup>

Bei völliger Bewegungslosigkeit und aufgehobenem Bewusstsein besteht, dem profanen Auge und Ohre ... Kreislauf und Respiration noch fort. Eine vor die Nase gehaltene Flaumfeder, ein Spiegel, den der unmerkliche Atem des Scheintodten trübt, ein auf die Brust gesetztes, volles Wasserglas, dessen ruhige Oberfläche die schwache Ausdehnung des Brustkorbes beim Athmen bewegt, die sorgfältige Prüfung des Herz- und Pulsschlages, selbst mittels des Sthethoskopfes, durch welches Mende (Bd. V. § MMCSSSI.) den Herzschlag eines scheintodten Knaben unterschied, den man 1½ Stunde lang vergebens in's Leben zurückzurufen sich bemüht hatte, die Untersuchung der Leere der Arterien durch vorsichtige Blosslegung, Unterbindung, Einstechen und Zerschneiden derselben, verschaffen Gewissheit über den noch glimmenden Lebensfunken und fordern zu Kräftigung und Erweckung derselben auf.

Carl Christian Schmidt: schrieb **1842** über die Todeszeichen eines Neugeborenen:<sup>25</sup>

Ganz unpraktisch erscheint der Rath, solche Kinder in die Unterleibshöhle frisch geschlachteter Thiere zu legen. Während des Badens bürstet man die Fusssohlen, den Thorax, tröpfelt Naphtha oder spritzt kaltes Wasser auf die Herzgrube, macht abwechselnd die Luftschwingungen, bläst dabei dem Kinde ins Gesicht u.s.w. Mehrmals hat man auch von dem momentanen, selbst einige Male wiederholten Eintauchen des Kindes (mit Ausnahme des Mundes und der Nase) in ganz kaltes Wasser mit nachfolgendem starken Reiben guten Erfolg gesehen. Schläge auf den Hintern des Neugeborenen mit der flachen Hand applicirt, um eine Erschütterung zu bewirken, sind ein Mittel, dessen grossen Werth die Erfahrung schon längst bewährt hat. Ferner passen hier das Vorhalten flüchtiger Riechmittel unter die Nase, wie der Naphtha viitrioli, des Spirit. sal. caust. oder angebrannter Federn. Auch kitzelt man den Gaumen mit einer in Naphtha getauchte Feder. Endlich empfiehlt sich noch der Gebrauch der Klystiere von einem Chamillenaufgusse mit Zusatz von Essig, Wein und Weingeist. In den verzweifeltsten Fällen dürfte selbst das oberflächliche Brennen der Fusssohlen mittels glühender Kohlen zulässig sein

24 Friedrich Julius Siebenhaar: Enzyklopädisches Handbuch der gerichtlichen Arzneikunde für Ärzte und Rechtsgelehrte. Leipzig 1838–1840, 2 Bände. Bd. 2 (1840), 402. Nach: <https://books.google.de/books?id=WbM9AAAACAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>

25 Carl Christian Schmidt: Encyklopädie der gesammten Medicin, Leipzig 1841-1842. 6 Bände. Bd. 5 (1842), 416. Nach: <https://books.google.de/books?id=2xpAAAAACAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>

Johann Georg Krünitz schrieb **1844** in seiner „Encyklopädie“ über die Todeszeichen:<sup>26</sup>

*Die Kennzeichen des Todes sind theils nicht alle von gleicher Zuverlässigkeit, theils überhaupt noch ungewiß. Kälte, Pulslosigkeit, merkliches Stillstehen des Athems und aller Bewegungen, blasse Todtenfarbe, Todtenflecken, erloschener Glanz der Augen, Steifigkeit der Glieder etc. sind nach den gewissenhaftesten Zeugnissen der Aerzte auch öfters die begleitenden Zufälle des Scheintodes, eines mittleren Zustandes zwischen Tod und Leben. Auch selbst die angehende Fäulniß ist eben so wenig, als die starre Sinnlosigkeit ein gewisses und untrügliches Merkmal und Zeichen des Todes. Beide befallen auch bisweilen noch lebendige Körper, wie z. B. der Starrkrampf.*

In Band 141 heißt es auf Seite 732 bei Krünitz zur Todesfeststellung:

*In dieser Schwäche kann das Herz lange Zeit unmerkliche Bewegungen hervorbringen, ohne daß man daraus schließen darf, daß eine Person todt sei. Folglich ist der Puls kein sicheres Merkmal. Eben so ungewiß ist auch die Probe, welche man vom Athem herzunehmen pflegt, und der Spiegel, welchen man solchen Personen vor die Nase und den Mund hält, beschlägt von den nassen Ausdünstungen eines wirklich Todten, so lange der Körper noch warm ist, so wie er nicht beschlägt, wenn ein Mensch in einem Zustande ist, da das Athemholen auf eine Zeitlang unterdrückt wird. So kann in Personen, wo das eyrunde Loch im Herzen nicht zugewachsen ist, das Athemholen aufhören, und das Herz dennoch schlagen. Die Flamme eines Wachlichtes, eine Flaumfeder, welche man vor die Nase hält, ein Glas voll Wasser, welches man auf die Brust setzt, um das Schwanken des Wassers zu erforschen, sind also trügliche Proben. Was die äußerlichen Reizmittel und die chirurgischen Versuche anbetrifft, die Nasenlöcher durch rauhe Federn, Salze, Salmiak, oder die flache Hand und Fußsohlen mit Stichen zu reizen, und Schultern, Arme oder andere Theile zu schröpfen, so haben diese Hülfsmittel bisweilen scheinbare Todte, so wie glühendes Eisen an der Fußsohle, wieder ins Leben gebracht. An manchen Orten besiegelt man den Nabel der Todten mit Siegelack.*

In Band 141 heißt es auf Seite 734f bei Krünitz zur Todesfeststellung bei Neugeborenen:

*Man schlage kaltes Wasser um die Geburtsglieder oder man bade den ganzen Körper in warmen Weine, Bier, Essig und Wasser, oder Branntwein mit Wasser gemischt, oder Salz und Wasser, und Lauge, und nachher reibt man den ganzen Körper warm. Dergleichen Bäder werden, der vielen Umstände wegen, zwar selten bei Erwachsenen angewendet werden können, um so leichter aber bei neugeborenen todscheinenden Kindern. Zu den allerwirksamsten und allenthalben leicht zu habenden Reizmitteln gehören folgende zwei Versuche. Man tröpfle erstens kaltes Wasser, so hoch es anzubringen möglich ist, langsam auf die entblößte Herzgrube, den Unterleib, die Oberarme und Lenden, um zu sehen, ob davon noch gar keine Bewegung erfolgt. Zweitens tröpfle man kochendes Wasser auf eben diese Theile, um zu sehen, ob darnach an der Haut Blasen auflaufen. Gesetzt nun, es erfolgte weder das eine, noch das andere, und es zeigt sich überhaupt bei allen diesen Versuchen, wenn sie mehrere Stunden lang fortgesetzt worden, nicht die kleinste Bewegung an irgend einem Theile des Körpers, so hat man schon mehr Grund, den erfolgten Tod des Menschen für ausgemacht anzusehen.*

Die „Professoren der medizinischen Facultät zu Berlin“, D.W.H. Busch, J.F. Dieffenbach, J.F.C. Hecker, E. Horn, J.C. Jüngken, H.F. Link und J. Müller, geben **1845** in „Encyclopädisches Wörterbuch der medicinischen Wissenschaften“, dass selbst Glüheisen kein sicheres Hülfsmittel zur Unterscheidung von Scheintod und Tod sein soll:<sup>27</sup>

26 Johann Georg Krünitz: Oekonomische Encyklopädie oder allgemeines System der Staats- Stadt- Haus- und Landwirthschaft. (242 Bände. 1773-1858) Bd. 185 (1844) "Tod", 404. Nach: <http://www.kruenitz1.uni-trier.de>

27 D.W.H. Busch, J.F. Dieffenbach, J.F.C. Hecker, E. Horn, J.C. Jüngken, H.F. Link, J. Müller (Hg.) : Encyclopädisches Wörterbuch der medicinischen Wissenschaften. Berlin 1828-1849. 37 Bände. Bd. 33 (1845) Artikel "Tod", S. 574f. Nach: <https://books.google.de/books?id=oqJhAAAAIAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>

Der von Hufeland (l. c. Artikel Tübingen) erzählte Fall vom Scheintod bei der Frau eines Tübinger Professors, die trotz der Anwendung des Glüheisens, der Nadelstiche unter die Nägel, Verbrennungen u.s.w., dennoch erst am 6ten Tag nach dem Beginne der Asphyxie von freien Stücken erwachte, nachdem ein leises Zucken der Mundwinkeln bei dem Abnehmen einer den Tag zuvor und vor dem Beginne dieses Anfalls gelegten spanischen Fliege, und eine schwache Wärme in der Herzgegend allein die Beerdigung der sonst in allen Stücken für eine Leiche gehaltene Frau zu verbieten schienen, beweist jedoch, wie unzuverlässig auch die Reizlosigkeit gegen jene Reize zur Entdeckung des Lebens sei.

Heinrich August Pierer empfahl **1845** in seinem „Universal-Lexikon“ zur Todesfeststellung:<sup>28</sup>

*Die Rettungsmittel u. Geräthschaften hierzu, von denen hier nur im Allgemeinen die Rede sein wird, indem wir uns auf das bei dem Artikel Erfrieren, Blitz ec. Gesagte beziehen, haben einen vierfachen Zweck: a) Die Mittheilung des gehörigen Wärmegrades bewirkt man durch allgemeine, warme, nasse od. trockene Bäder; b) die Einführung von Luft (wie bei Ertrunkenen) geschieht durch einen gesunden Menschen, od. mittels eines Blasebals, od. eines eigenen Apparates. Man bringt die Luft durch die Nase od. durch den Mund od. auch durch eine Oeffnung, die man künstlich in die Luftröhre od. den Kehlkopf (Laryngotomie) sacht, ein. c) zu der Reizung der inneren Theile od. Oberfläche des Körpers dienen reizende Klystiere, Besprengen des Körpers mit kaltem Wasser, od. mit Essig u. Wasser, Reiben und Bürsten des Körpers, Legen von scharfen Senf- u. Blasenpflastern, Erregen verschiedener schmerzhafter Gefühle (Glüheisen), Reizung einzelner Sinnesorgane (durch starke Gerüche, scharfe Substanzen auf die Zunge, helles Licht, starke Töne), Reizung des Schlundkopfes und Magens (durch Kitzeln des Gaumens od. Einflößen reizender Arzneien). Reizmittel, die den Körper allgemein durchdringen, sind: Elektrizität u. Galvanismus, auch wohl animal. Magnetismus, sie können aber nur selten Anwendung finden. d) Herbeiführung heilsamer od. Unterdrückung bedenklicher, selbst lebensgefährlicher Ausleerungen; als erste sind zu nennen: Blutentziehungen, Brech- und Abführungsmittel (diese beiden sind keine sehr ausgedehnte Anwendung); in Bezug auf die Unterdrückung bedenklicher Ausleerungen ist Stillung der Blutung das Hauptsächliche.*

Gleiches empfahl Pierer **1862** in der 4. Auflage seines Universal-Lexikons.

**1871** empfahl Pierer in der 5. Auflage zur Aufdeckung von Scheintod:<sup>29</sup>

*Herbeiführung heilsamer od. Unterbrechung bedenklicher, selbst lebensgefährlicher Ausleerungen; erstere sind Blutentziehungen, auch Brech- und Abführungsmittel; in Bezug auf die Unterdrückung bedenklicher Ausleerungen bes. Stillung der Blutung. Die Zeichen des wiederkehrenden Lebens sind: die ungezwungene Lage des Kopfes, ein Überrest von angenehmer Wärme vorzüglich in der Gegend des Herzens, gutes Aussehen der Augen, noch nicht völlig erweiterter Augenstern, od. einige Empfindlichkeit deselben, eine in die Hornhaut gedrückte Grube füllt sich wieder aus; einige Röthe der Wangen u. der Lippen; leiser Herz- od. Pulsschlag, wenigsten an den Schlaf- u. Halsarterien; geringe Spuren des Athmens (ein Spiegel läuft an, ein vor dem Mund gehaltenes Licht, ein auf die Herzgrube gesetztes Glas voll Wasser bewegt sich), kleine Bewegungen einzelner Muskeln, zumal nach äußeren Reizmitteln (bei Asphyxia hysterica kommt die Gebärmutter in Bewegung, wenn man den Muttermund reizt); ein über den Ellenbogen gebundener Arm wird unterhalb des Bandes röther, das glühende Eisen gibt einen Brandschorf mit entzündetem Umkreis, Blasenpflaster ziehen, Aderlässe geben ein nicht couguliertes gutes Blut.*

28 Heinrich August Pierer: Universal-Lexikon der Gegenwart und Vergangenheit. Altenburg 1840–1846, 34 Bände. Bd. 27. (1845), 36f. Nach: <https://books.google.de/books?id=FSICAAAACAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>

29 Pierer: Universal-Lexikon der Vergangenheit und Gegenwart oder Neuestes encyclopädisches Wörterbuch der Wissenschaften, Künste und Gewerbe. 5. Auflage. Altenburg 1867–1872. 19 Bände. Bd. 15 (1871), 122. Nach: <https://books.google.de/books?id=ZZITAAAACAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>



Die Reizung des Muttermundes nennt Pierer auch 1862, in der 4. Auflage, und **1871** in der 5. Auflage. Bei keinem anderen Autor wurde diese Empfehlung gefunden.

Hugo Pohl empfahl **1874** in seinem „Medicinisches Lexikon“ zur Wiederbelebung:<sup>30</sup>

*Man besprengt das Gesicht mit kaltem Wasser, halte eine mit Salmiakgeist gefüllte Flasche an die Nase, öffne den Mund etwas, schiebe die Fahne einer Feder zwischen den Zähnen durch (bei festem Verschluss des Mundes nöthigenfalls durch etwa vorhandene Zahnlücken) und kitzle nun mit der Fahne den hinteren Teil des Mundes, ferner gebe man dem Scheintodten ein Klystier von lauwarmen Essig (nicht mit Wasser vermischt). Ist dies geschehen, so beginne man wieder mit dem Auf- und Niederdrücken des Leibes, um das Athmen in Gang zu bringen. Diese Wiederbelebungsversuche sind bis zur Ankunft des Arztes, und wenn diese sich verzögert, wenigstens 1 bis 2 Stunden lang abwechselnd fortzusetzen.*

Meyers „Großes Konversations-Lexikon“ des Jahres **1908** schreibt über die Todesfeststellung:<sup>31</sup>

*Für die sichere Diagnose des Todes ist, abgesehen von dem völligen Stillstande der Atmung und des Herzschlages, besonders wichtig das Eintreten der Totenstarre (Muskelstarre, Leichenstarre, s. d.), etwa 6-12 Stunden nach dem Stillstande der Atmung. Selten tritt die Totenstarre erst später als nach 12 Stunden ein. Sie dauert meist einen oder mehrere Tage. Dann erschlaffen die Muskeln allmählich wieder, der Körper wird wieder weich und biegsam, und nun beginnt die Verwesung, die sich weiterhin durch den Leichengeruch, durch grünliche Verfärbung der Haut und durch Gasentwicklung im Körper verrät. Eine andre Erscheinung des eingetretenen Todes sind die Totenflecke, blaurote Flecke, die durch lokale Blutansammlungen in der Haut an den Teilen des Körpers erzeugt werden, auf denen die Leiche liegt. Schließlich ist die Abkühlung des Körpers (Leichenkälte) als wichtiges Todeszeichen zu betrachten. Sie beginnt meistens bald nach dem Stillstande der Atmung, kann sich aber auch lange verzögern, je nach der Temperatur der Umgebung und der vorhergehenden Krankheit.*

Otto Spamer empfahl **1880** im „Illustriertes Konversations-Lexikon“ zur Todesfeststellung:<sup>32</sup>

*Die Erscheinungen der sog. 'Leichenfäulnis' sind die sichersten Kennzeichen des T.es. Da aber diese Erscheinungen nicht sofort mit dem Eintritt des T.es offenbar werden, so ist es von Werth, andere Kennzeichen aufzufinden, welche mit Sicherheit darauf schließen lassen, dass das Leben erloschen ist. Das wichtigste Zeichen ist das Aufhören der Athmung, zunächst dadurch erkennbar, daß ein vor Mund u. Nase gehaltener kalter Spiegel, da keine Ausatmung stattfindet, sich nicht beschlägt; das Fehlen der Blutbewegung, erkennbar aus dem Mangel des Pulses in den Pulsadern, zunächst an den Extremitäten, vorzugsweise aber erkennbar aus dem Mangel aller Herzbewegung (beim Auflegen des Ohres od. Hörrohrs auf die Herzgegend), endlich die Erschlaffung sämtlicher Schließmuskeln, zunächst sich zeigend in der Erweiterung der Pupille des eingesunkenen u. mit schleimigem Eiter bedeckten Auges. - Weniger sichere Zeichen des T.es sind die Empfindungslosigkeit nam. des Auges u. die Leichenblässe; später treten ein die sog. Todtesflecke (infolge der Blutsenkung u. der Verflüssigung des Blutes), die Leichenkälte u. schließlich die Totenstarre, welche gewöhnlich 12 Stunden nach dem Tode sich zeigt u. sich nach 26-48 Stunden wieder verliert.*

30 Hugo Pohl: Medicinisches Lexikon. Alle Krankheiten des Menschen und ihre Behandlung, die wichtigeren Arzneimittel und ihre Anwendung, die hauptsächlichsten Heilquellen und Kurorte, sowie die bedeutendsten medicinischen Anstalten in alphabetischer Reihenfolge. 2. Auflage. Leipzig 1874, 335. Nach: <https://books.google.de/books?id=M5gCAAAAYAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>

31 Meyers Großes Konversations-Lexikon. Ein Nachschlagewerk des allgemeinen Wissens. Leipzig und Wien 1902–1908, 20 Bände. Bd. 19. (1908), 585. Nach: [http://woerterbuchnetz.de/cgi-bin/WBNetz/wbgui\\_py?sigle=Meyers&mode=Vernetzung&lemid=IL02134#XIL02134](http://woerterbuchnetz.de/cgi-bin/WBNetz/wbgui_py?sigle=Meyers&mode=Vernetzung&lemid=IL02134#XIL02134)

32 Otto Spamer: Illustriertes Konversations-Lexikon. Leipzig und Berlin. 1870-1882. 8 Bände. Bd. 8. (1880), 284. Nach: <https://ia600302.us.archive.org/22/items/illustrierteskonv08leip/illustrierteskonv08leip.pdf>

### 1.1.5 Personenkreis der Todesfeststellung

Der relativ hohe Anteil an falschen Todesfeststellungen lag im Personenkreis derer, die üblicher Weise den Tod eines Menschen feststellten. So beklagte im Jahr **1840** Georg Friedrich Most, wie leichtfertig man mit „Typhus-, Pocken- und Choleraepidemien mit kaum Verstorbenen umgeht“. Über die Durchführung der Leichenschau schreibt er:<sup>33</sup>

*Wenn gleich die in manchen Ländern angeordnete Todtenschau, von Kunstverständigen unternommen, und auf vorgeschrittene Verwesung der Leiche ihr Urtheil begründet, stets Gewissheit über wahren Tod giebt, also den Sterbenden nur Trost und Beruhigung gewährt; so nützt sie, von ungebildeten Wundärzten, oder von Laien und abergläubischen alten Weibern, wie sie in Mecklenburg und mehreren Ländern ausgeführt wird, auf keine Weise.*

Weiter schreibt Georg Friedrich Most über die Leichenschau:<sup>34</sup>

*Der Todtenschauer, ein sehr geachteter Wundarzt, wurde seines Amtes eingesetzt (Köppen, Achtung der Scheintodten, Halle 1800). Man sieht aus diesen wenigen Bemerkungen und Thatsachen, dass selbst die beste Leichenschau Vieles zu wünschen übrig lässt; sie wird aber höchst unzuverlässig, wenn unwissende, leichtsinnige Personen dazu bestellt werden. Leider muss man gestehen, dass sehr viele Leichenbeschaue – Barbieri, Hebammen und andere Weiber – in diese Classe gehören. Solche Leute sind wahrlich nicht geeignet, die feinen Spuren des schlummernden Lebens zu entdecken, sie urtheilen einzig und allein nach den gröbern Erscheinungen.*

Im Jahr **1791** wurde in Weimar auf die Veranlassung von Christoph Wilhelm Hufeland Deutschlands erstes Leichenhaus errichtet, um zu verhindern, dass Scheintote bestattet werden. Weitere folgten: 1795 in Berlin, 1805 in Mainz und 1808 in München.<sup>35</sup>

Gegen die Sinnhaftigkeit dieser Leichenhäuser schrieb Georg Friedrich Most im Jahr 1840:

*Können Leichenhäuser, auf oben angegebene Weise fundirt und administrit, Scheintodten nützen? Müssen sie nicht als Satyre auf den gesunden Menschenverstand betrachtet werden? Ohne gesetzliche Regulirung der Behandlung Sterbender und eben Gestorbener, ohne Einführung einer Todtenschau durch Kunstverständige, ohne Regulirung des Transports ins Leichenhaus, in welchem nur erfahrene Ärzte fungiren müssten, können diese sogenannten Asyle für Scheintodte nur einen sehr zweideutigen Nutzen bringen.*

Im Jahr **1840** schrieb Georg Friedrich Most in seiner „Ausführliche Encyklopädie der gesammten Staatsarzneikunde. Für Gesetzgeber, Rechtsgelehrte, Policeibeamte, Militärärzte, gerichtliche Ärzte, Wundärzte, Apotheker und Veterinärärzte“ über die Leichenschau:<sup>36</sup>

*allein der unkundige Laie urtheilt nach dem Schein, hält ihn für Wirklichkeit, er hegt weder Zweifel noch Besorgnisse, ihm darf der Ausspruch über Leben und Tod nicht überlassen bleiben. Diese Wahrheit wurde schon längst in verschiedenen deutschen Staaten erkannt, und deshalb finden wir in Österreich, Baiern, Hessen u.m.s eine besondere Leichenschau*

- 33 Georg Friedrich Most: Ausführliche Encyklopädie der gesammten Staatsarzneikunde. Für Gesetzgeber, Rechtsgelehrte, Policeibeamte, Militärärzte, gerichtliche Ärzte, Wundärzte, Apotheker und Veterinärärzte. Leipzig 1838–1840, 2 Bände. Bd. 2 (1840), 59. Nach: <https://books.google.de/books?id=nhwPAAAYAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>
- 34 Georg Friedrich Most: Ausführliche Encyklopädie der gesammten Staatsarzneikunde. Für Gesetzgeber, Rechtsgelehrte, Policeibeamte, Militärärzte, gerichtliche Ärzte, Wundärzte, Apotheker und Veterinärärzte. Leipzig 1838–1840, 2 Bände. Bd. 2 (1840), 66. Nach: <https://books.google.de/books?id=nhwPAAAYAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>
- 35 <https://www.weimar-lese.de/streifzuege/geschichtliches/das-leichenhaus>
- 36 Georg Friedrich Most: Ausführliche Encyklopädie der gesammten Staatsarzneikunde. Für Gesetzgeber, Rechtsgelehrte, Policeibeamte, Militärärzte, gerichtliche Ärzte, Wundärzte, Apotheker und Veterinärärzte. Leipzig 1838–1840, 2 Bände. Bd. 2 (1840), 65. Nach: <https://books.google.de/books?id=nhwPAAAYAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>

*angeordnet. Es sind daselbst gewisse Personen angestellt, denen jeder Todesfall bald nach dem Ableben angezeigt werden muss. Diese Leichenaufseher oder Todtenbeschauer begeben sich dann zum Bette des Entschlafenen, untersuchen, ob er auch wirklich todt sei, ob er eines natürlichen oder gewaltsamen Todes gestorben; sie erkundigen sich auch, wer ihn während der Krankheit behandelt habe u. dergl. m.; dieses alles tragen sie mit wenigen Worten in ein Register ein. Wenn nun der Todtenbeschauer kein Zeichen des gewaltsamen oder zweifelhaften Todes findet, so muss er ein schriftliches Zeugnis ausstellen, in welchem die Gewissheit des Todes ausgesprochen ist; ohne einen solchen Todtenschein darf keine Leiche begraben werden. In zweifelhaften Fällen untersagt er das Begräbnis, lässt einen Arzt oder Wundarzt zur Anwendung der nöthigen Rettungsmittel rufen, gestattet nicht, dass der Körper aus dem Bette gebracht wird u.s.w.; bei etwaigem Verdachte eines gewaltsamen Todes muss er der Obrigkeit diesen anzeigen. - Unstreitig hat eine solche Todtenschau mehrfachen wichtigen Nutzen. Sie verhütet die lieblose Behandlung der kaum Entschlafenen, weil jede Leiche bis zur Schau im Bette bleiben muss; die gefährlichen Pfuscher und Quacksalber werden dadurch der Obrigkeit bekannt, selbst geheime Verbrechen entdeckt.*

Hierzu ist zu bedenken, dass das Deutsche Reich von 1871 bis 1945 existierte.<sup>37</sup> Zuvor gab es die heutigen Bundesländer als selbständige Königreiche und Herzogtümer.<sup>38</sup> Diese Struktur ist heute noch in verschiedenen Bereichen deutlich erkennbar: In der Politik wirken die Bundesländer über den Bundesrat mit. Jedes Bundesland hat seine eigene Polizei, sein eigenes Schulsystem und auch sein eigenes Bestattungsgesetz.<sup>39</sup> Wir stecken bei allem Streben nach einem geeinten Europa (EU) in vielen Bereichen strukturell im 19. Jh. fest.

Friedrich Julius Siebenhaar schrieb 1840 über die Leichenschau:<sup>40</sup>

*Es konnte nicht fehlen, dass bei der Wichtigkeit dieses Gegenstandes Aerzte und Gesetzgeber sich bemühen, gewisse Kennzeichen des sichern und wirklich eingetretenen Todes aufzustellen, um Scheintodte dem traurigen Gesckicke zu entziehen, als wirkliche Leichen behandelt zu werden.“*

Wilhelm Binder legte 1848 in seiner „Realencyclopädie“ den Unterschied bei der Todesfeststellung zwischen einem Laien und einem „Sachverständigen (den Arzt)“ dar:<sup>41</sup>

*Aus dem Zusammenhalte der vorhandenen Erscheinungen, besonders in Verbindung mit den vorausgegangenen Lebens-Umständen, ist es für den Sachverständigen (den Arzt) gewöhnlich leicht, zu erkennen, daß der Tod wirklich eingetreten, wenn auch bei den Laien darüber noch Zweifel besteht.*

Pierer schrieb im Jahr 1852 über die Aufgaben und Durchführung der Totenschau:<sup>42</sup>

*Todtenschau, hier und da die obrigkeitl. Besichtigung 1) jeder Leiche, worauf erst der Todtenschein erfolgt; 2) derjenigen, von denen man vermuthet od. weiß, daß sie sich selbst ums Leben gebracht haben od. sonst gewaltsam umgekommen sind, durch bes. dazu*

37 [https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Deutsches\\_Reich&oldid=248110855](https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Deutsches_Reich&oldid=248110855)

38 <https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Herzogtum&oldid=247242369>

39 Klaus Schäfer stellte in seiner 2022 erschienenen „Synopsis des deutschen Bestattungsrechts“ auf Seite 377 fest:

„Wir handeln und reisen global, wir leben als Europäer und zahlen mit Euro, unsere amtlichen Papiere weisen uns als Deutsche aus, doch mit dem Eintritt des Todes sind wir plötzlich Bayer, Brandenburger, Saarländer, ... Dabei sollten nach Artikel 3 GG vor dem Gesetz alle Menschen gleich sein.“

40 Friedrich Julius Siebenhaar: Enzyklopädisches Handbuch der gerichtlichen Arzneikunde für Ärzte und Rechtsgelehrte. Leipzig 1838–1840, 2 Bände. Bd. 2 (1840), 402. Nach: <https://books.google.de/books?id=WbM9AAAAcAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>

41 Wilhelm Binder: Allgemeine Realencyclopädie oder Conversationslexicon für das katholische Deutschland (Manz'sche Enzyklopädie). 12 Bände. 1846 bis 1849. Bd. 9 (1848), 105. Nach: [http://reader.digitale-sammlungen.de/de/fs1/object/display/bsb10400851\\_00131.html](http://reader.digitale-sammlungen.de/de/fs1/object/display/bsb10400851_00131.html)

42 Pierer: Universal-Lexikon der Gegenwart und Vergangenheit. Altenburg 1849–1852, 17 Bände. Bd. 16. (1852), 317. Nach: <https://books.google.de/books?id=fco0AAAAMAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>

*verordnete Personen (T-schauer), wobei stets ein Arzt sein muß.*

Mit unserem heutigen Wissen nehmen wir an, dass ein Arzt diese Leichenschau durchgeführt habe. Dies ist ein Irrtum, wie der Brockhaus aus dem Jahr **1855** über die Leichenschau belegt:<sup>43</sup>

*Todtenschau bezeichnet eine im obrigkeitlichen Auftrag erfolgende sachkundige Untersuchung jedes verstorbenen Individuums vor seiner Beerdigung. Der Zweck derselben ist theils die Verhütung des Lebendigbegrabenwerdens (eine Gefahr, die man sehr übertrieben hat), theils Entdeckung von Morden, von epidemischen oder ansteckenden Krankheiten und andere polizeiliche oder statistische Nachweise. In beiden Hinsichten hat eine gut eingerichtete Todtenschau unbedingt große Vorzüge vor den Leichenhäusern und andere Vorkehrungen in diesem Fache. Es gehört aber zur wirksamen Todtenschau, daß dieselbe nur von vollkommenen unterrichteten wissenschaftlichen Ärzten ausgeübt werde (nicht, wie an manchen Orten von Barbieren, Nachtwächtern, Hebammen u.dgl.), daß keine Leiche begraben werden darf, ehe die gesetzliche Todtenschau stattgefunden hat oder der Hausarzt den wirklich erfolgten Tod schriftlich bescheinigt) und daß die Behörden wie das Publicum dem Todtenschauer (Schauarzt) sein ohnedies nicht angenehmes Amt nicht erschweren, vielmehr erleichtern und hinreichend bezahlen.*

Im Jahr **1855** schrieb der Brockhaus in seiner 10. Auflage über die Totenschau: <sup>44</sup>

*Der Zweck derselben ist theils die Verhütung des Lebendigbegrabenwerdens (eine Gefahr, die man sehr übertrieben hat), theils Entdeckung von Morden, von epidemischen oder ansteckenden Krankheiten und andere polizeiliche oder statistische Nachweise. In beiden Hinsichten hat eine gut eingerichtete Todtenschau unbedingt große Vorzüge vor den Leichenhäusern und andere Vorkehrungen in diesem Fache. Es gehört aber zur wirksamen Todtenschau, daß dieselbe nur von vollkommenen unterrichteten wissenschaftlichen Ärzten ausgeübt werde (nicht, wie an manchen Orten von Barbieren, Nachtwächtern, Hebammen u.dgl.), daß keine Leiche begraben werden darf, ehe die gesetzliche Todtenschau stattgefunden hat oder der Hausarzt den wirklich erfolgten Tod schriftlich bescheinigt) und daß die Behörden wie das Publicum dem Todtenschauer (Schauarzt) sein ohnedies nicht angenehmes Amt nicht erschweren, vielmehr erleichtern und hinreichend bezahlen.*

Dies schrieb Brockhaus noch im Jahr **1868** in der 11. Auflage,<sup>45</sup> 1879 in der 12. Auflage,<sup>46</sup> sowie **1886** in der 13. Auflage<sup>47</sup> und inhaltlich gleich **1896** auch in der 14. Auflage noch immer.<sup>48</sup>

Im Jahr **1889** gab die „Encyklopädie der gesammten Heilkunde“ an, dass es in Niederösterreich eine Verfügung bestimmte, „dass in jeder Leichenkammer ein Ofen stehen müsse, um im Winter das Erfrieren der Scheintodten zu verhindern; dass die Leichen daselbst in den Särgen mit offenem Deckel und unbedecktem Gesicht liegen sollen; dass ihnen Hände und Füße nicht gebunden sein dürfen; dass

43 Brockhaus: Allgemeine deutsche Real-Encyklopädie für die gebildeten Stände. Conversations-Lexikon. 10. Auflage. Leipzig 1851–1855, 15 Bände. Bd. 15.1 (1855), 116. Nach: <https://books.google.de/books?id=8A5CAAAAcAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>

44 Brockhaus: Allgemeine deutsche Real-Encyklopädie für die gebildeten Stände. Conversations-Lexikon. 10. Auflage. Leipzig 1851–1855, 15 Bände. Bd. 15.1 (1855), 116. Nach: <https://books.google.de/books?id=8A5CAAAAcAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>

45 Brockhaus: Allgemeine deutsche Real-Encyklopädie für die gebildeten Stände. Conversations-Lexikon. 11. Auflage. Leipzig 1864–1868, 15 Bände. Bd. 14 (1868), 610. Nach: <https://books.google.de/books?id=1y9CAAAAcAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>

46 Brockhaus: Allgemeine deutsche Real-Encyklopädie. 12. Auflage. Leipzig 1875–1879, 15 Bände. Bd. 14 (1879), 651. Nach: <https://ia600500.us.archive.org/29/items/conversationsle06unkngoog/conversationsle06unkngoog.pdf>

47 Brockhaus: Conversations-Lexikon. Allgemeine deutsche Real-Encyklopädie. 13. Auflage. Leipzig 1882–1887, 16 Bände. Bd. 14 (1886), 773. Nach: [https://ia802600.us.archive.org/5/items/bub\\_gb\\_mNYGAAAAYAAJ/bub\\_gb\\_mNYGAAAAYAAJ.pdf](https://ia802600.us.archive.org/5/items/bub_gb_mNYGAAAAYAAJ/bub_gb_mNYGAAAAYAAJ.pdf)

48 Brockhaus: Konversations-Lexikon. 14. Auflage. Leipzig, Berlin und Wien 1892–1896, Neudruck 1896, 16 Bände. Bd. 11. (1894), 46f. Nach: <https://ia800203.us.archive.org/8/items/brockhauskonvers11leip/brockhauskonvers11leip.pdf>



bei dem zunächst anwohnenden Todtengräber sich eine läutende Glocke befinden müsse, deren Schnur von der Decke der Leichenkammer herunterhängt und an der einen Hand der Leiche befestigt wird, so dass bei der geringsten Bewegung des Scheintodten, wenn er in das Leben zurückkehrt, die Glocke läutet; dass die Leichenkammer durch eine Lampe erleuchtet; dass die Thür des Einganges, welche von aussen verschlossen wird, von innen ohne Beschwerde zu öffnen sein müsse.“<sup>49</sup> Noch heute haben Kühlungen von Toten eine Vorrichtung, damit bei einer irrigen Todesfeststellung der Totgegläubte aus der Kühlung ins Freie kann.

Brockhaus schrieb im Jahr **1868** über die Totenschau:<sup>50</sup>

*Es gehört aber zur wirksamen T., daß dieselbe nur von wissenschaftlichen Aerzten ausgeübt werde (nicht, wie an manchen Orten, von Barbieren, Nachtwächtern, Hebammen u.dgl.), daß keine Leiche begraben werden darf, ehe die gesetzliche T. stattgefunden hat (oder der Hausarzt den wirklich erfolgten Tod schriftlich bescheinigt), und daß die Behörden wie das Publikum dem Todtenbeschauer (Schauarzt) sein ohnedies unangenehmes Amt nicht erschweren, vielmehr erleichtern und hinreichend bezahlen.*

Die Leichenschau wurde bis zur Mitte des 19. Jh. kaum von Ärzten durchgeführt, sondern vor allem von „Barbieren, Nachtwächtern, Hebammen u.dgl.“. Damit mangelte es an der Sicherheit der getroffenen Aussagen. Um falsche Todesfeststellungen zu vermeiden und als wirksame Alternativen zu den Leichenhäusern, in denen der Tote kostspielig einige Tage lang auf Scheintod überwacht wurde, bemühten sich die Ärzte darum, dass nur sie als die „Sachverständigen“ die Leichenschau durchführen dürfen.

Pierer schrieb im Jahr **1870**, im Jahr **1877** ähnlich,<sup>51</sup> über die Leichenschau:<sup>52</sup>

*Untersuchung der Leichen durch eigens dazu bestellte Ärzte (Leichenbeschauer), ob wirklicher Tod eingetreten u. ob der Zustand der Leichen u. die Räumlichkeiten zur Aufbewahrung derselben der Art sind, daß kein Nachtheil für die Bewohner des Hauses entstehen kann.*

Alexander Jacob Schem schrieb 1873 über den Scheintod:<sup>53</sup>

*Es wird wohl nur sehr wenige Fälle geben, in denen der aufmerksame Arzt den Sch. nicht vom wirklichen Tode unterscheiden kann, und die Erzählungen vom Lebendigbegrabenwerden sind theils ganz aus der Luft gegriffen, theils übertrieben.*

Otto Spamer zählte **1876** die für eine Leichenschau sprechenden Gründe auf:<sup>54</sup>

*Leichenschau (Todtenschau) ist eine durch Gesetze im öffentlichen Medizinalwesen eingeführte Maßregel, welche den Zweck hat, durch sachverständige Besichtigung der Leichen*

49 Real-Encyklopädie der gesammten Heilkunde. Medicinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Ärzte. 2. Auflage. Wien und Leipzig 1885–1890. 22 Bände. Bd. 17 (1889), 492. Nach: [https://ia600305.us.archive.org/15/items/bub\\_gb\\_hmKYhIzRaWQC/bub\\_gb\\_hmKYhIzRaWQC.pdf](https://ia600305.us.archive.org/15/items/bub_gb_hmKYhIzRaWQC/bub_gb_hmKYhIzRaWQC.pdf) Zugriff am 5.1.2018.

50 Brockhaus: Allgemeine deutsche Real-Encyklopädie für die gebildeten Stände. Conversations-Lexikon. 11. Auflage. Leipzig 1864–1868, 15 Bände. Bd. 14 (1868), 610. Nach: <https://books.google.de/books?id=ly9CAAAAcAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>

51 Pierer: Universal-Conversations-Lexikon. Neuestes encyclopädisches Wörterbuch aller Wissenschaften, Künste und Gewerbe. Oberhausen und Leipzig 1875–1879. 18 Bände. Bd. 12 (1877), 150. Nach: <https://books.google.de/books?id=Y8oUAAAYAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>

52 Pierer: Universal-Lexikon der Vergangenheit und Gegenwart oder Neuestes encyclopädisches Wörterbuch der Wissenschaften, Künste und Gewerbe. 5. Auflage. Altenburg 1867–1872. 19 Bände. Bd. 10 (1870), 241. Nach: <https://books.google.de/books?id=JhTAAAcAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>

53 Alexander Jacob Schem: Deutsch-amerikanisches Conversations-Lexicon. Mit specieller Rücksicht auf das Bedürfnis der in Amerika lebenden Deutschen. New York 1869–1874. 11 Bände. Bd. 9 (1873), 741. Nach: <https://books.google.de/books?id=ZnIMAAAMAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>

54 Otto Spamer: Illustriertes Konversations-Lexikon. Leipzig und Berlin. 1870–1882. 8 Bände. Bd. 5. (1876), 1254. Nach: <https://ia800202.us.archive.org/9/items/illustrierteskonv05leip/illustrierteskonv05leip.pdf> Zugriff am 4.1.2018.

nicht blos den wirklich eingetretenen Tod zu konstatiren, demnach die Möglichkeit des Lebendigbegrabens zu verhüten, sondern auch festzusetzen, ob der Tod infolge einer natürlichen Krankheit od. infolge eines an dem Verstorbenen begangenen Verbrechens eingetreten ist. Durch ein, von einer amtlich verpflichteten Person, einem Leichenschauer, ausgestelltes Zeugniß wird also dieser Aufgabe gemäß zu bestätigen sein, ob an der besichtigten Leiche sich die Zeichen des Todes vorgefunden haben, u. ob als Todesursache eine Krankheit od. ein Verbrechen zu erkennen war. Die obligatorische L., d.h. die Anordnung, daß eine Leiche vor der amtlichen Besichtigung u. Bescheinigung bestattet werden darf, hat außerdem den Nutzen, daß mit ihrer Hülfe die Behörden von allen Todesfällen durch ansteckende Krankheit rechtzeitig unterrichtet u. dadurch in den Stand gesetzt werden, die erforderlichen Maßregeln gegen ihre Verbreitung zu ergreifen, daß aber auch auf Grund der Leichenschauatteste eine praktisch u. wissenschaftlich verwerthbare Mortalitätsstatistik zur Lösung vieler hygienischer Fragen gewonnen wird.

Otto Spamer trat 1876 mit deutlichen Worten für den Arzt als Sachverständigen der Leichenschau ein<sup>55</sup>

In Bayern, Baden, Sachsen u. Nassau giebt es zweckmäßige Leichenschauordnungen u. Instruktionen für die Leichenschauer; dagegen sind in Preußen u.s.w. die Anordnungen bezüglich der Todeserklärung u. des Leichenschutzes noch recht mangelhaft. In den Städten Deutschlands wurde die L. verhältnismäßig besser organisirt als auf dem Lande, wo sie zumeist noch sehr im Argen liegt. Deshalb wurde im J. 1875 in vielen ärztlichen Vereinen Deutschlands beschlossen, eine Petition auf Erlaß eines Gesetzes über die obligatorische L. im Reichstag einzureichen. - In Frankreich liegt die Feststellung des Todesfalles nach gesetzlicher Vorschrift in der Aufgabe des Civilstandesbeamten, indem der Letztere den Arzt mit der Leichenschau beauftragt u. auf dessen Erklärung hin die Beerdigungserlaubnis ausfertigt. In England besteht die Todtenpolizei nur als (straferichtlicher) Art der Coroners Jury. Eine systematische Instruktion für die Todtenschauer sowie die Anordnung, daß diese Beamten nur aus der Reihe der Aerzte gewählt werden, daß aber auch die Todtenzettel mit der Diagnose des den Verstorbenen behandelnden Arztes zu versehen seien, sind nothwendige Bestandtheile einer guten L.-Ordnung.

Im Jahr 1876 schrieb Spamer über die Bestattung:<sup>56</sup>

Die obligatorische L., d.h. die Anordnung, daß eine Leiche vor der amtlichen Besichtigung u. Bescheinigung bestattet werden darf, hat außerdem den Nutzen, daß mit ihrer Hülfe die Behörden von allen Todesfällen durch ansteckende Krankheit rechtzeitig unterrichtet u. dadurch in den Stand gesetzt werden, die erforderlichen Maßregeln gegen ihre Verbreitung zu ergreifen, daß aber auch auf Grund der Leichenschauatteste eine praktisch u. wissenschaftlich verwerthbare Mortalitätsstatistik zur Lösung vieler hygienischer Fragen gewonnen wird.

Im Jahr 1879 beklagte der Brockhaus im Artikel über die Totenschau, dass noch immer nicht ausschließlich Ärzte die Leichenschau durchführten:

Es gehört aber zur wirksamen T., daß dieselbe nur von wissenschaftlichen Aerzten ausgeübt werde (nicht, wie an manchen Orten, von Barbieren, Nachtwächtern, Hebammen u. dgl.), daß keine Leiche begraben werden darf, ehe die gesetzliche T. stattgefunden hat (oder der Hausarzt den wirklich erfolgten Tod schriftlich bescheinigt), und daß die Behörden wie das Publikum dem Todtenbeschauer (Schauarzt) sein ohnedies unangenehmes Amt nicht erschweren. Wo diese Bedingungen erfüllt werden, hat sich die T. auch als ein nützliches Institut gezeigt. Wo dies nicht geschah, wo Unverstand und Rohheit der Maßregel

55 Otto Spamer: Illustriertes Konversations-Lexikon. Leipzig und Berlin. 1870-1882. 8 Bände. Bd. 5. (1876), 1253f. Nach: <https://ia800202.us.archive.org/9/items/illustrierteskonv05leip/illustrierteskonv05leip.pdf>

56 Otto Spamer: Illustriertes Konversations-Lexikon. Leipzig und Berlin. 1870-1882. 8 Bände. Bd. 5. (1876), 1253. Nach: <https://ia800202.us.archive.org/9/items/illustrierteskonv05leip/illustrierteskonv05leip.pdf>

*entgegentraten, ist das Institut auch bald untergegangen.*

Im Jahr **1885** fand der Leichenbeschauer als neuer Beruf seinen Niederschlag im Brockhaus:<sup>57</sup>

*Leichenbeschauer, eine obrigkeitlich bestellte Person, welche die Leichen zu besichtigen und eine Bescheinigung über den Todesfall auszustellen hat.*

Im Jahr **1886** heißt es im Brockhaus über die Totenschau:<sup>58</sup>

*Totenschau oder Leichenschau bezeichnet eine im obrigkeitlichen Auftrag erfolgende fachkundige Untersuchung jedes verstorbenen Individuums vor seiner Beerdigung. Der Zweck desselben ist teils die Verhütung des Lebendigbegrabenwerdens (eine Gefahr, die man übrigens sehr übertrieben hat), teils Entdeckung von Verbrechen (s. Obduktion), von epidemischen oder ansteckenden Krankheiten und andere polizeiliche oder statist. Nachweise. In beiden Hinsichten hat eine gut eingerichtete T. große Vorzüge vor den Leichenhäusern und anderen Vorkehrungen in diesem Fache. Es gehört aber zur wirksamen T., daß dieselbe nur von wissenschaftlichen Ärzten ausgeübt werde (nicht, wie in manchen Orten von Barbieren, Nachtwächtern, Hebammen u. dgl.), daß keine Leiche begraben werden darf, ehe die gesetzliche T. stattgefunden hat (oder der Hausarzt den wirklich erfolgten Tod schriftlich bescheinigt), und daß die Behörden wie das Publikum dem Totenbeschauer (Schauarzt) sein ohnedies unangenehmes Amt nicht erschweren. Wo diese Bedingungen erfüllt werden, hat sich die T. auch als ein nützliches Institut erwiesen*

Selbst in der 14. Auflage (**1894**) wird es vom Brockhaus beklagt, dass die Leichenschau „in manchen Orten von Barbieren, Nachtwächtern u.a.“ durchgeführt wurde.<sup>59</sup>

Im Jahr **1889** schrieb Eulenburg in der „Real-Encyklopädie der gesamten Heilkunde“ über die Leichenschau:<sup>60</sup>

*Als das sicherste Mittel, die Beerdigung von Scheintodten zu verhüten, kann nur – und dies wird allseits zugestanden – die obligatorisch eingeführte Leichenschau, ausgeübt lediglich von ärztlichen Sachverständigen oder auch von ad hoc geprüften und bestellten nichtärztlichen Leichenschauern, gelten.*

**1889** heißt es in der „Encyklopädie der gesamten Heilkunde“ zur Leichenschau:<sup>61</sup>

*Die Ueberbringung in das Leichenhaus darf aber erst dann geschehen, wenn durch die vorgenommene Leichenschau der Tod sichergestellt ist, und wenn diese durch Sachkundige, sei es durch Aerzte oder durch ad hoc geprüfte Leichenschauer vorgenommen wird, wird jener auch schon in einem frühen Stadium durch die Anwesenheit mehrerer Merkmale mit Sicherheit constatirt werden können.*

57 Brockhaus: Conversations-Lexikon. Allgemeine deutsche Real-Encyklopädie. 13. Auflage. Leipzig 1882–1887, 16 Bände. Bd. 10 (1885), 917. Nach: <https://ia801408.us.archive.org/30/items/brockhausconver02unkngoog/brockhausconver02unkngoog.pdf>

58 Brockhaus: Conversations-Lexikon. Allgemeine deutsche Real-Encyklopädie. 13. Auflage. Leipzig 1882–1887, 16 Bände. Bd. 14 (1886), 773. Nach: [https://ia802600.us.archive.org/5/items/bub\\_gb\\_mNYGAAAAAYAAJ/bub\\_gb\\_mNYGAAAAAYAAJ.pdf](https://ia802600.us.archive.org/5/items/bub_gb_mNYGAAAAAYAAJ/bub_gb_mNYGAAAAAYAAJ.pdf)

59 Brockhaus: Konversations-Lexikon. 14. Auflage. Leipzig, Berlin und Wien 1892–1896, Neudruck 1896, 16 Bände. Bd. 11. (1894), 46f. Nach: <https://ia800203.us.archive.org/8/items/brockhauskonvers11leip/brockhauskonvers11leip.pdf>

60 Real-Encyklopädie der gesamten Heilkunde. Medizinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Ärzte. 2. Auflage. Wien und Leipzig 1885–1890. 22 Bände. Bd. 17 (1889), 491. Nach: [https://ia600305.us.archive.org/15/items/bub\\_gb\\_hmKYhIzRaWQC/bub\\_gb\\_hmKYhIzRaWQC.pdf](https://ia600305.us.archive.org/15/items/bub_gb_hmKYhIzRaWQC/bub_gb_hmKYhIzRaWQC.pdf)

61 Real-Encyklopädie der gesamten Heilkunde. Medizinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Ärzte. 2. Auflage. Wien und Leipzig 1885–1890. 22 Bände. Bd. 17 (1889), 493. Nach: [https://ia600305.us.archive.org/15/items/bub\\_gb\\_hmKYhIzRaWQC/bub\\_gb\\_hmKYhIzRaWQC.pdf](https://ia600305.us.archive.org/15/items/bub_gb_hmKYhIzRaWQC/bub_gb_hmKYhIzRaWQC.pdf)

### 1.1.6 Das Todesverständnis im 20. Jh.

In „Knaurs Gesundheits-Lexikon“ (1930) heißt es zur „Herzneurose“:<sup>62</sup>

*Jäher Schreck ist sogar imstande, das Herz zum Stillstand zu bringen, und leider nicht einmal immer nur vorübergehend. Wir kennen jetzt den Weg, den diese Gehirnimpulse gehen, um zum Herzen zu gelangen. Der körperliche Vorgang im Gehirn, der dem Schreck entspricht, versetzt den Zügelner des Herzens, den Vagusnerv, in starke Erregung, ...*

In „Knaurs Gesundheits-Lexikon“ (1930) heißt es zur „Herzschwäche“:<sup>63</sup>

*Dieser Anfall tritt gewöhnlich nachts auf, meist ohne Vorboten, und wird durch zwei Ursachen ausgelöst. Die eine ist mangelhafte Blutversorgung in denjenigen Teilen des Gehirns, welche die Atmung kontrollieren, dem sogenannten Atemzentrum; die andere liegt in einer mangelhaften Blutversorgung des Herzmuskels selbst. Wenn nämlich Teile des Herzens ungenügend durchblutet sind, so vermag der Muskel sich nicht kräftig genug zusammenzuziehen, das Blut wird durch die Lungen nicht gründlich genug durchgepumpt; sie sind infolgedessen außerstande, die notwendige Menge von Sauerstoff aufzunehmen, und das Resultat ist heftigster Lufthunger des ganzen Körpers.*

In „Knaurs Gesundheits-Lexikon“ (1930) heißt es über den „Tod“:<sup>64</sup>

*Das Leben hört nicht mit einem Schlage und plötzlich auf. Die mitleidige Natur hat es so eingerichtet, daß zunächst die Tätigkeit der Großhirnrinde ein Ende nimmt, womit der Verlust jedes Bewußtseins verbunden ist; dann erst erlischt durch Lähmung seines Zentrums das Atmen und erst zum Schluß wird die Herztätigkeit eingestellt. Es hat also seine tiefe Berechtigung, wenn man den Tod erst dann feststellt, sobald kein Herzschlag mehr zu hören ist; obgleich für den Laien die einzig sicheren Merkmale des Todes erst das Auftreten der Totenstarre und der Totenflecke sein sollen. Denn das Aussetzen des Bewußtseins, der Atmung und des Herzschlages müssen nicht unbedingt Zeichen des Todes sein; es kann sich bei ihnen auch um Scheintod handeln. Namentlich bei elektrischen Verletzungen ist dieser Zustand gar nicht so selten. Da er durch Lähmung der Gehirnzentren und Sauerstoffarmut entsteht, so muß man, um ihn zu beheben, alles versuchen, was Sauerstoff zuführt und die Zentren erregt. Man wendet zur Wiederherstellung der Sauerstoffzufuhr möglichst lange Zeit hindurch künstliche Atmung an, ferner Herzmassage, und unter Umständen Einspritzung belebender Medikamente direkt ins Herz.*

In „Knaurs Gesundheits-Lexikon“ (1940) heißt es über den „Tod“:<sup>65</sup>

*Dieses Erlöschen tritt sicher in einem engumschriebenen, kleinen Zeitraum ein, auch wenn die Vorbereitung des Organismus darauf sich manchmal über Stunden und Tage hinzieht. Dieser Todeskampf, die „Agonie“, dürfte nach allen Beobachtungen von Ärzten wohl nur für den Außenstehenden einem Kampf gleichen; der Sterbende selbst führt keinen Kampf im Sinne von Schmerzen, Sorge, Qual und schließlich verzweifelterm Erliegen. Am ehesten stellt das Gehirn, dieses kostbarste und zugleich empfindlichste Gewebe, das der Mensch besitzt, seine Funktionen ein, zu allererst erlischt die Fähigkeit der klaren Gedankenbildung, des Wünschens und Hoffens, des Wollens und Begehrens.*

Im „Handwörterbuch der gerichtlichen Medizin und naturwissenschaftlichen Kriminalistik“ (1940) heißt es über die Leichenschau:<sup>66</sup>

62 Josef Löbel: Knaurs Gesundheits-Lexikon. Ein Handbuch der Medizin, Hygiene, Körperkultur und Schönheitspflege. Berlin 1930, 195.

63 Josef Löbel: Knaurs Gesundheits-Lexikon. Berlin 1930, 198.

64 Josef Löbel: Knaurs Gesundheits-Lexikon. Berlin 1930, 412.

65 Peter Hiron: Knaurs Gesundheits-Lexikon. Ein Führer für alle durch das Gesamtgebiet der modernen Medizin. Berlin 1940, 450.

66 F.v. Neureiter, F. Pietrusky, E. Schütt: Handwörterbuch der gerichtlichen Medizin und naturwissenschaftlichen



*Unter L. versteht man die äußere Besichtigung, nicht die innere Untersuchung der Leiche. Die L. soll der einwandfreien Feststellung des Totseins und der Todesursache dienen. Bei den polizeilichen und richterlichen Besichtigungen der Leichen wird der Hauptzweck verfolgt, strafbare Handlungen, durch die der Tod herbeigeführt sein kann, aufzudecken und alles, was diesem Zwecke dient, genau und vollständig zu erheben.*

### 1.1.7 Todeserklärung

Im Jahr 1827 schrieb Johann Friedrich Pierer in seinem „Medizinisches Realwörterbuch zum Handgebrauch practischer Ärzte und Wundärzte und zu belehrender Nachweisung für gebildete Personen aller Stände“.<sup>67</sup>

*Lassen auch die Todesdeutungen, einzeln genommen, mehr oder minder Zweifeln gegen den wirklichen Eintritt des Todes Raum; so ist doch in den meisten Fällen aus dem Complex aller, oder der mehersten, und aus der Vergleichung der vorhergegangenen Lebensumstände, die eine allmähliche und endlich völlige Auflösung alles lebendigen Zusammenbestehens in organischen Körpern zur nothwendigen Folge haben müssen, eine völlige Versicherung des wirklichen Todes, auch kurz nach dem sinnlich unterscheidbaren Sterbemomente, herzunehmen, wenn auch nicht immer von den mit den Verhältnissen des physischen Lebens Unbekannten, doch für den umsichtigen Arzt, deswegen freilich zur völligen Abwendung der Gefahr einer zu frühen Todeserklärung und ihrer möglichen Folgen die allgemeine Einführung einer gesetzlichen Todesschau als eine sehr wünschenswerthe medizinisch-polizeiliche Maßregel erscheint.*

Hier wird der Begriff der „Todeserklärung“ im Sinne einer „Todesbescheinigung“ benutzt. Dabei wurde bereits im preußischen Landrecht von 1794 die Verschollenheit geregelt, ebenso im „Code civil“ von 1804. Das heutige Verschollenheitsgesetz geht auf das Bürgerliche Gesetzbuch aus dem Jahr 1939 zurück.<sup>68</sup> Nach über 200 Jahren Regelung der Verschollenheit sollte sprachlich der Unterschied zwischen „Todeserklärung“ (bei Verschollenheit, d.h. ohne Leichnam) und einer „Todesfeststellung“ (an einem Leichnam durch einen Arzt) allen klar sein. Es muss jedoch festgestellt werden, dass im Zusammenhang zumeist „für hirntot erklärt wird“, was so auch in der Fachliteratur und in Hochschulschriften zu finden ist. Es ist höchste Zeit, dass sich alle Autoren – in den Medien bis hin zu den Wissenschaftlern – um eine korrekte Sprache im Umgang mit Sterben und Tod bemühen. Als sozusagen kleines Einmaleins wurden hierzu die „10 Axiome zu Sterben und Tod“ veröffentlicht.<sup>69</sup>

Wie wichtig die „10 Axiome zu Sterben und Tod“ sind, zeigen diese Beispiele:

- In der kleinen Routledge Enzyklopädie der Philosophie aus dem Jahr 2007 heißt es: „Die größte Debatte gab es über die Frage, ob der vollständige Hirntod nur für die Todeserklärung notwendig eingetreten sein muss, oder nur der Eintritt des Todes des Stammhirns, also jenes Systems, durch das die gesamte bioelektrische Aktivität des Gehirns zum Körper läuft.“<sup>70</sup>

---

Kriminalistik. Band 2. Berlin 1940, 444.

67 Johann Friedrich Pierer (Hg.): Medizinisches Realwörterbuch zum Handgebrauch practischer Ärzte und Wundärzte und zu belehrender Nachweisung für gebildete Personen aller Stände. Erste Abtheilung. Anatomisch-physiologisches Realwörterbuch zu umfassender Kenntniß der körperlichen und geistigen Natur des Menschen im gesunden Zustande (Weitere Abteilungen wurden geplant aber nicht veröffentlicht). Leipzig und Altenburg 1816–1829, 8 Bände. Bd. 7 (1827), 221. Nach: <https://books.google.de/books?id=nRIHAAAACAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>

68 <http://www.koeblergerhard.de/ZIER-HP/ZIER-HP-03-2013/BertrandAnja-ZurEntwicklungdesVerschollenheitsrechts.htm>

69 Klaus Schäfer: 10 Axiome zu Sterben und Tod. Regensburg 2024. <https://epub.uni-regensburg.de/57851>

70 Edward Craig (Hg.): Die kleine Routledge Enzyklopädie der Philosophie Berlin 2007. 3 Bände. Bd.2 (2007), 371.

- In einer noch unveröffentlichten Metaanalyse an 1.860 deutschsprachigen Hochschulschriften<sup>71</sup> mit „Hirntod“ oder „Hirnfunktionsausfall“ im Text, wurde festgestellt, dass 119 Autoren die Formulierung „Hirntod festgestellt“ benutzt haben, 80 Autoren benutzten „hirntot erklärt“ und 31 Autoren benutzen „Hirntod erklärt“ bzw. „hirntod erklärt“. Von den 119 Autoren mit der korrekten Formulierung „Hirntod festgestellt“ benutzten 24 (rund 20%) auch die andere Formulierung.

Bereits Mitte des 19. Jh. kannte man die Todeserklärung im heutigen Verständnis. So schrieb Pierer im Jahr 1852 über die Todeserklärung:<sup>72</sup>

*Todeserklärung (Rechtsw.), die rechtl. Erkenntniß, wodurch festgesetzt wird, daß ein Mensch, dessen erfolgter Tod bisher zweifelhaft war, für todt zu erachten sei.*

Heinrich Joseph Wetzer und Benedikt Welte schrieben im Jahr 1854 in ihrem „Kirchenlexikon oder Encyklopädie der katholischen Theologie und ihrer Hilfswissenschaften“ über die Möglichkeit einer zweiten Ehe:<sup>73</sup>

*Todeserklärung abwesender Ehegatten. Auf den Grund des angeblichen Todes eines Ehegatten kann dem zurückgelassenen Eheheile die Abschließung einer zweiten Ehe so lange nicht gestattet werden, bis der Beweis des wirklich erfolgten Todes durch einen legalen Todtenschein (s. diesen Art.) oder in anderer Weise genügend erbracht ist, und hienach die Todeserklärung des Abwesenden richterlich ausgesprochen wird.*

Im Brockhaus des Jahres 1896 heißt es über die Todeserklärung:<sup>74</sup>

*Todeserklärung, der Ausspruch durch richterliche Erkenntnis, daß eine bestimmte Person für tot erklärt werde. Alle geltenden Rechte knüpfen an die Verschollenheit an, d.h. an den Zustand längerer nachrichtsloser Abwesenheit.*

Wetzer und Welte schrieben im Jahr 1899 zur Todeserklärung:<sup>75</sup>

*Todeserklärung heißt im gewöhnlichen Sprachgebrauch die von der competenten richterlichen Instanz ausgegangene Entscheidung, daß eine Person verschollen und deshalb rechtlich einer verstorbenen gleich zu achten sei. Im kirchlichen Recht hat für ein Beneficium oder Kirchenamt die Todeserklärung des Inhabers ipso jure die Erledigung zur Folge. Von hervorragend praktischer Bedeutung ist aber dann die Todeserklärung auf dem Gebiete der kirchlichen und bürgerlichen Ehegesetzgebung*

In Meyers Großes Konversations-Lexikon des Jahre 1908 heißt es über die Todeserklärung:<sup>76</sup>

*Wer aus der Tatsache des Todes eines Menschen Rechte herleiten will, hat dessen Tod und gegebenen Falles auch den Zeitpunkt des Todes nachzuweisen. Dies geschieht heutzutage durch Vorlegung der Sterbeurkunde oder aber durch die Todeserklärung (s. d.).*

71 Habilitationen, Dissertationen, Master- und Bachelorarbeiten. Siehe: <https://epub.uni-regensburg.de/55578>

72 Pierer: Universal-Lexikon der Gegenwart und Vergangenheit. Altenburg 1849–1852, 17 Bände. Bd. 16. (1852), 302. Nach: <https://books.google.de/books?id=feo0AAAAMAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>

73 Heinrich Joseph Wetzer, Benedikt Welte: Kirchenlexikon oder Encyklopädie der katholischen Theologie und ihrer Hilfswissenschaften. Freiburg im Breisgau 1847–1854, 11 Bände. Bd. 11 (1854), 38. Nach: <https://books.google.de/books?id=ICItAAAAYAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>

74 Brockhaus: Konversations-Lexikon. 14. Auflage. Leipzig, Berlin und Wien 1892–1896, Neudruck 1896, 16 Bände. Bd. 15. (1896), 880. Nach: <https://ia800306.us.archive.org/22/items/brockhauskonvers15leip/brockhauskonvers15leip.pdf>

75 Wetzer und Welte's Kirchenlexikon oder Encyklopädie der katholischen Theologie und ihrer Hilfswissenschaften. Freiburg im Breisgau 1882–1901, 12 Bände. Bd. 11 (1899), Spalte 1815. Nach: <https://ia601409.us.archive.org/24/items/wetzerundweltes00kampgoog/wetzerundweltes00kampgoog.pdf>

76 Meyers Großes Konversations-Lexikon. Ein Nachschlagewerk des allgemeinen Wissens. Leipzig und Wien 1902–1908, 20 Bände. Bd. 19. (1908), 585.

## 1.2 Der Scheintod

### 1.2.1 Die Wurzeln des Scheintod-Glaubens

Bis Ende des 18. Jh. galt jemand, der sich nicht mehr bewegte, als tot. Nur vereinzelt wurden Puls und Atmung bei der Todesfeststellung kontrolliert. Man bedenke: Wurde doch erst im Jahr 1628 von William Harvey (1578-1657) der Blutkreislauf entdeckt.<sup>77</sup>

Andreas Vesal (1514-1564) beschrieb bereits 1543 in seiner „corporis fabrica“ ein Beatmungsexperiment, das er an einem Hund vollzog. Dabei führte er durch ein Röhrchen dem Hund Luft zu und beobachtete, wie der Puls des Herzens kräftiger wurde. 1667 wurde dieses Experiment von Robert Hooke (1635-1702) wiederholt. Er konnte damit den Hund eine ganze Stunde am Leben erhalten. 1755 gelang es John Hunter (1728-1793), einen Hund ohne Puls mit einem doppelten Blasebalg fast ein Dutzend Mal wiederzubeleben. Aus dieser Beobachtung erkannte er den engen Zusammenhang zwischen Atmung und Herzschlag.

Was an Tieren erprobt wurde, fand an Menschen Anwendung. Sie hatten nichts zu verlieren. So nahm die Geschichte der Reanimation ihren Lauf.

Ab Mitte des 18. Jh. erfolgten die ersten erfolgreichen Reanimationen:<sup>78</sup>

- 1742 beschrieb die ins Deutsche übersetzte Wiederbelebungsschrift „Avis“, dass man einen Ertrunkenen in einem bodenlosen Fass hin und her wälzen soll.
- 1744 ist aus England überliefert, dass ein erstickter Bergmann von einem Chirurgen erfolgreich beatmet worden sein soll und so wieder ins Leben zurückgekommen sei.
- 1767 empfahl die „Amsterdamer Gesellschaft zur Rettung Ertrunkener“: Es könne „dies von sehr vielem Nutzen seyn, daß einer der Umstehenden seinen Mund gegen des Unglücklichen Ertrunkenen seinen hält, mit der einen Hand die Nasenlöcher zuhält, und mit der anderen Hand sich auf des Ertrunkenen Brust lehne, und auf solche Art dessen Lunge unmittelbar aufzublasen bemüht“ sei.
- 1774 berichtete die „Transactions of the Royal Humane Society“ über die Reanimation eines Mädchens, das aus dem 1. Stock stürzte und von Ärzten im Krankenhaus für tot gehalten wurde. Elektroschocks hätten den Herzschlag wieder hergestellt.
- 1780 entdeckte Luigi Galvani (1737-1798) zufällig, dass vom Frosch abgetrennte Beine zuckten, wenn sie durch Funkenentladung elektrisch gereizt werden. Luigi Galvani verstand die Zusammenhänge nicht. 1786 entdeckte Galvani die Zuckungen der Froschschenkel durch zwei verschiedene Metalle.
- Im Jahre 1783 reichte Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836) in Göttingen bei Lichtenberg die Dissertation "Den Gebrauch der Elektrizität im Scheintode" ein.
- Der dänische Veterinärmediziner und Arzt Peter Abildgaard „tötete“ mit Stromschlägen ein Huhn (ursprünglich sollte es ein Pferd sein, aber die elektrische Spannung reichte dazu nicht aus), stellte alle Anzeichen von Tod fest und erweckte es mit Stromschlägen wieder zum Leben

---

<sup>77</sup> [https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=William\\_Harvey&oldid=248126379](https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=William_Harvey&oldid=248126379)

<sup>78</sup> Klaus Schäfer: Vom Scheintod zum Hirntod. Gesellschaftliche Reaktionen bei der Änderung des Todesbegriffes. Karlsruhe 2016, 16f. <https://epub.uni-regensburg.de/40405>

- Am 17.01.1803 führte Giovanni Aldini (1762-1834) vor den Augen des "Royal Surgical College" in London am kurz zuvor gehängten Mörder Thomas Forster galvanische Versuche durch. Dabei regte sich der Leichnam. Zwar kehrte Forster nicht wieder ins Leben zurück, aber seine Regungen warfen zahlreiche Fragen auf, die damals nicht beantwortet werden konnten: Was genau geschah dabei?

Man verstand mit dem damaligen medizinischen Verständnis nicht, was bei diesen „Reanimationen“ (Wiederbelebungen) geschah. Waren diese Menschen nur zum Schein tot, so dass man sie durch oben beschriebene Maßnahmen wieder ins Leben zurückholen konnte? Wenn dem so war, dann könnte es sein, dass Scheintote bestattet wurden, weil man an ihnen nicht die Maßnahmen der Reanimation angewandt hatte. Diese Sorge verbreitete sich pandemicartig über die ganze Welt.

In „Der wirkliche Tod und der Scheintod“ (1908) heißt es über die ersten Schriften zum Scheintod:<sup>79</sup>

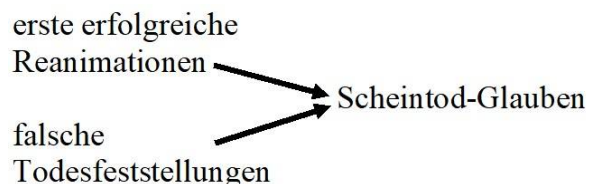
*Es war im Jahre 1740, dass Winslow, von Geburt Däne, aber naturalisierter Franzose, der allgemein als der Schöpfer der beschreibenden Anatomie gilt, und der nach seiner eigenen Aussage zweimal lebendig begraben worden war, eine lateinische Abhandlung über die Unsicherheit der Todeszeichen und das Unangebrachte der voreiligen Begräbnisse veröffentlichte. Dieses Werk wurde im Jahr 1742 von Dr. Bruhier in's Französische übersetzt und veröffentlicht, wobei dieser Letztere ausser den eigenen persönlichen Beobachtungen eine schwarze Liste von 180 Scheintodfällen hinzufügte. Wie aus der Anzahl der am Anfang der Ausgabe von 1749 gedruckten Zustimmungen hervorgeht, erhielt das Werk Bruhier's die Beitrittserklärung von 9 medizinischen Fakultäten jener Zeit, der Akademie von Frankreich und von 18 Provinzakademien, wie auch einer grossen Anzahl von Berühmtheiten und Gelehrten aller Länder.*

Als Maßnahmen zur Aufdeckung des Hirntodes empfahl Winslow:<sup>80</sup>

*Winslow und seine Anhänger drangen vor allem auf eine oder zwei der drei folgenden Forderungen, vor allem auf die erste und die dritte: 1. Hinreichende Zwischenzeit vor der Beerdigung; 2. Ernsthafte Feststellung des Todes; 3. Schaffung von Leichenhäusern.*

Man bedenke, diese Forderungen wurde in der Mitte des 18. Jh. aufgestellt.

Genährt wurde der Scheintod-Glaube zusätzlich von falschen Todesfeststellungen. Dies hängt mit dem Personenkreis zusammen, der bis Ende des 19. Jh. den Tod eines Menschen üblicher Weise festgestellt hat.



Bereits 1780 erschien eine Verfügung, die konkrete „Maßregeln gegen die Beerdigung von Scheintodten“ aufstellte. Darin wurden die Geistlichen ihrerseits „bey zu gewarten habender scharfer Ahndung“ angewiesen, im Regelfall frühestens 48 Stunden nach der Feststellung des Todes die Beerdigung anzusetzen. Doch während der Gesetzgeber 1824 entschied, zum Ausschluss falscher Todesfeststellungen medizinisch vorgebildete Leichenschauer anzustellen, hielt er es 1780 noch für ausreichend, die Verantwortung gemeinschaftlich allen Personen zu übertragen, „welche mit den Verstorbenen umzugehen pflegen.“ Dies betraf die Angehörigen ebenso wie die Geistlichen und die mit der Einsargung befassten „Leichenbesorger“. Hierbei handelte es sich um medizinische Laien.<sup>81</sup>

79 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod in Beziehung auf de Hl. Sakramente, auf die Häufigkeit der voreiligen Begräbnisse, auf die Mittel zur Wiederbelebung der angeblich Toten und zur Vermeidung der Gefahr des lebendig Begrabenwerdens. Coblenz 1908, 111.

80 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 111.

81 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau in historischer und ethischer Sicht. Würzburg 2002, 28.

### 1.2.2 Scheintod im 19. Jh.

So ist es nicht verwunderlich, dass bereits **1805** ein Verfasser über 1.000 Publikationen über Wiederbelebung kannte. Ein Großteil dieser Schriften dürfte der Unterscheidung von Scheintod und Tod gedient haben. Jedenfalls beweist dies, wie intensiv über dieses Thema bereits um die Jahrhundertwende ins 19. Jh. diskutiert wurde.

Elisabeth Vogl nennt in ihrer med. Dissertation über den Scheintod medizinische Gründe, die zum Scheintod (*vita minima*) führen können: Schlafmittelvergiftungen, CO-Vergifteten, Komatöse, Starkstromverunfallte und bei Erfrorenen. Vogl erweist auch auf Prof. Prokop, für den es verschiedene profane Vorgänge gibt, die von Laien verkannt werden und in irriger Weise auf Scheintod zurückgeführt werden.<sup>82</sup>

- (a) die Sarggeburts: Durch den Fäulnisgasdruck wird gelegentlich bei Schwangeren die Frucht aus dem Becken hervorgepreßt. Die Frucht befindet sich dann zwischen den Beinen der Mutter.
- (b) postmortaler Kotabgang: Ebenfalls durch Fäulnisgasdruck.
- (c) der "Totenlaut": Durch Totenstarren des Zwerchfells kann bei Abflachen der Zwerchfellkuppen Luft in die Lungen eindringen; durch Fäulnis im Abdominalraum wird das Zwerchfell wieder nach oben gedrängt und Luft ausgepreßt. Das kann unter Umständen besonders bei Lageänderung der Leiche zu einem Ton führen, da die entweichende Luft die Stimmritze passiert.
- (d) Lageveränderungen, die mit Eintreten und Lösung der Totenstarre verbunden sind, und Stellungsänderungen der Glieder durch Fäulnis.

Daneben verweist Vogl auch auf Kraus, der bereits **1837** „in seiner Monographie beschrieb, daß die Lageänderungen der Leichen, wie sie bei Exhumierungen vorgefunden werden, nicht durch Erwachen im Grab, sondern durch Umschütteln der Leichen beim Transport oder beim 'Hineinwerfen' der Leichen ins Grab durch die 'meistens halb oder ganz betrunkenen Leichenträger' zustandekommen.“<sup>83</sup>

D. Johann Georg Krünitz schrieb **1825** in seiner Enzyklopädie:<sup>84</sup>

*Auch bei neugeborenen Kindern ereignet es sich nicht selten, daß sie scheintodt geboren werden. Personen, von welchen man vermuthet, daß sie nur scheintodt sind, dürfen von einem bequemen und zweckmäßigen Lager durchaus nicht weggebracht werden, bis man alle nur möglichen Versuche zu ihrer Wiederbelebung gemacht hat, aber selbst dann, wenn diese vergeblich gemacht oder angewendet worden, darf man sie nicht in das Grab legen, bis man von der Unmöglichkeit, daß noch Leben in ihnen verborgen seyn könne, überzeugt ist, und daß ein Sachverständiger darüber Gewißheit gegeben hat“.*

Im Brockhaus (1836) heißt es zum Scheintod:<sup>85</sup>

*Auch anhaltender Kummer, verbunden mit nervenerschütternden Auftritten kann Schwäche und Ohnmacht erzeugen, welche letztere so tief, so hartnäckig und anhaltend werden kann, daß sie zum Scheintode wird. Kinder werden oft scheintodt geboren. Personen, von welchen man vermuthet, daß sie nur scheintodt sind, dürfen durchaus nicht von einem bequemen und zweckmäßigen Lager weggebracht werden, bis man alle möglichen Versuche zu ihrer Wiederbelebung gemacht hat.*

82 Elisabeth Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie. (med. Diss.) München, 1986, 53.

83 Elisabeth Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie. (med. Diss.) München, 1986, 53.

84 D. Johann Georg Krünitz: Oekonomische Encyclopädie oder allgemeines System der Staats- Stadt- Haus- und Landwirthschaft. (242 Bände. 1773-1858) Bd. 141 (1825) "Scheintod", 723-741. Nach: [www.kruenitz1.uni-trier.de/xxx/g/kg01012.htm](http://www.kruenitz1.uni-trier.de/xxx/g/kg01012.htm)

85 Brockhaus: Allgemeine deutsche Real-Encyclopädie für die gebildeten Stände. 12 Bände. Leipzig 1833-1837. Bd. 9 (1836), 730. Nach: <https://books.google.de/books?id=8xBCAAAACAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>



Als für den Scheintod besonders gefährdete Personen galten:<sup>86</sup>

*Frauen, aber auch Neugeborene, Epileptiker, Nervenranke, Hypochonder, Schwangere, Pestranke, Erhängte, Vergiftete, Betrunke und viele andere, die eines nicht natürlichen Todes starben. Dem Scheintod weniger unterworfen waren die Alten, die Menschen, die an schweren, langwierigen Krankheiten verstarben, Choleriker, Sanguiniker und das männliche Geschlecht im allgemeinen.*

Zur Todesfeststellung in der Mitte des 19. Jh. heißt es:<sup>87</sup>

*In Paris wird der Arzt nie gerufen, als wenn es sich darum handelt, den Scheintod festzustellen »... (Brief des Leichenbeschauers Dr. Rousseau's an die Gazette des tribunaux 9. Jan. 1853, bei Josat 1. e., S. VI). Die Leichenschau ist also nicht eine Feststellung des wirklichen Todes.*

Zur Todesfeststellung um 1850 in Frankreich heißt es:<sup>88</sup>

*Dr. Kauffmann (De la mort apparente et des enterrements precipites, Paris, 1851, angeführt bei Gaubert I. e., S. 222) sagt: « Wenn der leichenbeschauende Arzt gewissenhaft ist, muss er gestehen, dass die Mission, mit welcher er von der Regierung beauftragt ist, nicht mit aller nötigen Strenge erfüllt werden kann. Alle Feststellungen von Todesfällen, die er unterschreibt, stützen sich, wenn bei dem angeblich Toten keine Verwesung sich zeigt, nur auf Wahrscheinlichkeit, und man ist gezwungen, seinen Vater, seine Brüder begraben zu lassen, nur weil es wahrscheinlich, wenn auch sehr wahrscheinlich ist, dass sie gestorben seien.*

Zur Wirksamkeit der Todesfeststellung in der Mitte des 19. Jh. heißt es:<sup>89</sup>

*Diese Schriftsteller schreiben die Wirkungslosigkeit der Feststellung des Todes hauptsächlich der Unsicherheit der Todeszeichen und dem Mangel an Sorgfalt seitens der Aerzte zu; hören wir nun einen andern, der auf die Unwissenheit und Unfähigkeit einer sehr grossen Zahl von ihnen, was diesen Punkt betrifft, hinweist.*

Als notwendige Maßnahmen erkannte man eine bessere Ausbildung der Ärzte, eine gesicherte Leichenschau durchführen zu können:<sup>90</sup>

*Vor allem müssten in den Unterrichtsanstalten für Medizin die Mediziner über den Wert der Todeszeichen, über die Gefahr der zu frühen Begräbnisse etc. gut unterwiesen und im Praktizieren der Feststellung des Todes geübt werden. Wie wir gesehen haben, fehlt diese Seite der medizinischen Ausbildung ganz und doch brauchte man andererseits zur Ausübung der Todesfeststellung unterrichtete und in dieser Materie praktisch geschulte Aerzte, wie Devergie und Bouchut selbst, zwei grosse Verteidiger der Wirksamkeit der Todesfeststellung es verlangen: ...*

*Da viele Aerzte in dieser Materie keine Praxis haben, und da das Gelernte oft vergessen wird, müssen die Prüfungskommissionen oder diejenigen, welche die ärztlichen Todesfeststeller ernennen, sich versichern, dass dieselben die erforderliche Befähigung besitzen. Die Notwendigkeit hiervon ist von der ärztlichen Commission ausgesprochen worden, von der in der Anm. auf S. 140 die Rede ist: Devergie führt unter den für die Feststellung des Todes erforderlichen Bedingungen die folgende an: « Wahl von zur Eidesleistung verpflichteten Aerzten; Bekanntschaft der ärztlichen Todesfeststeller mit den Merkmalen des Todes ». (Gannal, 1. ec. . 325).*

Es wurde hierbei auch der Gesetzgeber in die Pflicht genommen:

86 Elisabeth Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie. (med. Diss.) München, 1986, 19.

87 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 318.

88 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 318.

89 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 319.

90 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 322.

*Die Gesetzgeber müssen zuerst gute Gesetze machen und dann müssen sie dafür sorgen, dass alle, die damit beauftragt sind, sie auszuführen und ausführen zu lassen, ihre Pflicht erfüllen und bestraft werden, wenn sie es nicht tun.*

Im Jahr **1868** schrieb der Brockhaus über den Scheintod-Glauben und seine Bekämpfung:<sup>91</sup>

*In neuester Zeit hat man das Lebendigbegraben der Scheinleichen, erschreckt durch übertriebene oder romanhafte Berichte in Volksblättern, durch allerlei gesetzliche Maßregeln zu verhüten gestrebt, durch Leichenschau (Todtenschau) und das Leichenhaus. Doch sind diese Maßregeln, im Verhältniß zu dem äußerst seltenen Vorkommen des echten S., durchschnittlich zu kostspielig und für das Publikum selbst belästigend.*

Um das Ziel, eine sichere Todesfeststellung zu erreichen, schreckte man wohl auch nicht vor Polemik zurück bzw. setzte die Maßstäbe übertrieben hoch, wie dies aus dem Jahr **1891** zeigt:<sup>92</sup>

*Die Feststellungen könnten wirksam sein, wenn der zur Leichenschau berufene Arzt ein unfehlbarer Beamter wäre. Nun ist er es aber nicht und niemand von uns kann sich rühmen, es zu sein. Unter zwanzig Körpern, für welche man den Erlaubnisschein zum Begräbnisse ausstellt, ist es durchschnittlich nur einer, der sichere Merkmale des Todes aufweist ». (Worte eines hervorragenden französischen Arztes, die im Bericht einer Versammlung der Pariser Hospitalärzte im Figaro vom 27. April 1891 stehen und von Dr. Lignieres in seinem Werk, Pour ne pas Eire enterre vivant, Paris, 1893, angeführt werden).*

### 1.2.3 Scheintod im 20. Jh.

Icard nannte im Jahr **1903** einen Punktekatalog zur Aufdeckung des Scheintods:<sup>93</sup>

*Icard fasst diese Gesetzgebung in 11 Punkte zusammen: «1. Die Schwierigkeiten der Diagnose des wirklichen Todes und die Gefahr des Scheintodes werden aufgewiesen und offiziell von der Verwaltung anerkannt. - 2. Die Dezesse müssen von einem geschworenen ärztlichen Leichenbeschauer, der Dr. der Medizin sein muss und nicht bloß ein einfacher Sanitätsbeamter sein darf, festgestellt werden. - 3. Der Körper des Verstorbenen muss mit grösster Aufmerksamkeit untersucht werden und der leichenbeschauende Arzt darf keinen Totenschein ausstellen, ehe er nicht die Leichenstarre und die Verwesung festgestellt. - 4. Die ärztlichen Leichenbeschauer müssen von ärztlichen Inspektoren kontrolliert werden, um die Feststellung des wirklichen Todes auch wirksam zu machen. - 5. Der Augenblick der Feststellung des wirklichen Todes darf nicht zu bald auf den Augenblick des angeblichen Todes erfolgen, damit der Arzt zur grösseren Garantie gewisse wichtige Zeichen feststellen kann, deren Vonselbsteintreten nicht unmittelbar erfolgt. - 6. Die gesetzliche Frist von 24 Stunden vor dem Begräbnis gilt von Augenblick der Todesanzeige auf dem Standesamt und nicht vom angenommenen Augenblick des Todes an. - 7. Solange die gesetzliche Frist nicht vollständig abgelaufen, ist es verboten, zur Totenbekleidung und Einsargung zu schreiten - 8. Solange die gesetzliche Frist nicht vollständig abgelaufen, ist es verboten, die Leichenöffnung oder jedwede andere Operation vorzunehmen, welche den Scheintod in einen wirklichen verwandeln könnte. - 9. Bis zum vollständigen Ablauf der gesetzlichen Frist muss der Tote als Kranker angesehen und als solcher behandelt werden. - 10. Um die Gefahr des Scheintodes weniger häufig zu machen, wollten die öffentlichen Behörden, dass die Familien über die Pflege unterrichtet würden, die sie dem Körper jeder für tot erklärten Person bis zum vollen Ablauf der gesetzlichen Frist angedeihen lassen müssen. - 11. Die gesetzliche Frist muss in gewissen*

91 Brockhaus: Allgemeine deutsche Real-Encyklopädie für die gebildeten Stände. Conversations-Lexikon. 11. Auflage. Leipzig 1864–1868, 15 Bände. Bd. 13 (1868), 171. Nach: <https://books.google.de/books?id=1y9CAAAAcAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>

92 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 318.

93 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod in Beziehung auf die Hl. Sakramente, auf die Häufigkeit der voreiligen Begräbnisse, auf die Mittel zur Wiederbelebung der angeblich Toten und zur Vermeidung der Gefahr des lebendig Begrabenwerdens. Coblenz 1908, 120f.

*Fällen abgekürzt werden, aber unter der Bedingung, dass der Dezzess mit der grössten Sorgfalt festgestellt und dass bewiesen worden, dass der Tod wirklich eingetreten*

In der Schrift „Der wirkliche Tod und der Scheintod“ (1908) grenzen die Autoren den Scheintod klar vom Tod des Menschen ab.<sup>94</sup>

In Knaurs Gesundheitslexikon (1930) heißt es im Zusammenhang mit dem Sterbeprozess und Todesfeststellung zum Scheintod:<sup>95</sup>

*Tod. Das Leben hört nicht mit einem Schlage und plötzlich auf. Die mitleidige Natur hat es so eingerichtet, daß zunächst die Tätigkeit der Großhirnrinde ein Ende nimmt, womit der Verlust jedes Bewußtseins verbunden ist; dann erst erlischt durch Lähmung seines Zentrums das Atmen und erst zum Schluß wird die Herztätigkeit eingestellt. Es hat also seine tiefe Berechtigung, wenn man den Tod erst dann feststellt, sobald kein Herzschlag mehr zu hören ist; obgleich für den Laien die einzig sicheren Merkmale des Todes erst das Auftreten der Totenstarre und der Totenflecke sein sollen. Denn das Aussetzen des Bewußtseins, der Atmung und des Herzschlages müssen nicht unbedingt Zeichen des Todes sein; es kann sich bei ihnen auch um Scheintod handeln. Namentlich bei elektrischen Verletzungen ist dieser Zustand gar nicht so selten.*

In Knaurs Gesundheitslexikon wurde der Scheintod im Zusammenhängen mit Todgeburt genannt:<sup>96</sup>

*Todgeburt. Der Tod des Neugeborenen kann unter Umständen sich nur auf die Atmung beziehen und nicht auch auf den Herzschlag. Dann ist es ein Scheintod, der, wie an anderer Stelle nachzulesen ist, durch geeignete Maßnahmen behoben werden kann.*

Im Zusammenhang mit Erstickung heißt es darin:<sup>97</sup>

*Erstickung. Nicht nur Erstickte im engeren Sinne, sondern auch Erhängte, Ertrunkene, Erfrorene und vom Blitzschlag oder vom elektrischen Starkstrom Getroffene sind letzten Endes Opfer einer Erstickung, indem bei ihnen durch Lähmung des Atemzentrums die normale Atmung unterbunden wird. Deswegen ist die Hauptaufgabe, die bei der Behandlung auf solche Weise Verunglückter zu erfüllen ist, die Ausübung der künstlichen Atmung. Diese wird entweder in der Form ausgeführt, daß man den Bewußtlosen flach auf den Rücken legt, ihm durch eine Unterlage den Brustkorb hebt und dann durch lange Zeit seine beiden Unterarme mit kräftigem Ruck nach oben schlägt, um die Brusthöhle auszudehnen; dann senkt man sie wieder und drückt sie fest an seinen Oberkörper an, wodurch der Brustkasten verengt wird. Oder aber man lagert den Scheintoten auf Gesicht und Bauch, den Kopf zur Seite gedreht, die Arme nach oben geschlagen; der Helfer hockt rittlings auf dem Liegenden und drückt mit flachen Händen den Brustkorb seitlich etwa zehnmal in der Minute mit seinem vollen Körpergewicht zusammen. Da Wiederbelebungsversuche mittels künstlicher Atmung in vielen Fällen, namentlich nach Starkstromverletzungen, sehr lange Zeit, mehrere Stunden hindurch, ausgeführt werden müssen, so empfiehlt sich die an zweiter Stelle beschriebene Methode als für den Lebensretter weniger ermüdend.*

94 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod in Beziehung auf de Hl. Sakramente, auf die Häufigkeit der voreiligen Begräbnisse, auf die Mittel zur Wiederbelebung der angeblich Toten und zur Vermeidung der Gefahr des lebendig Begrabenwerdens. Coblenz 1908.

95 Josef Löbel: Knaurs Gesundheitslexikon. Ein Handbuch der Medizin, Hygiene, Körperkultur und Schönheitspflege. Berlin 1930, 412.

96 Josef Löbel: Knaurs Gesundheitslexikon. Ein Handbuch der Medizin, Hygiene, Körperkultur und Schönheitspflege. Berlin 1930, 412f.

97 Josef Löbel: Knaurs Gesundheitslexikon. Ein Handbuch der Medizin, Hygiene, Körperkultur und Schönheitspflege. Berlin 1930, 115.



Im Lexikon der christlichen Moral (1969) heißt es zur Tötung über den Scheintod:<sup>98</sup>

*Der Herzstich (punctio cordis; ähnl. die Öffnung einer Arterie), den manche Menschen aus Furcht vor Beerdigung im Scheintod wünschen, darf nur vollzogen werden, wenn er nicht T.schandlung ist, d. h., wenn schon unzweifelhafte Anzeichen des Todes vorhanden sind; in diesem Fall erscheint er aber als überflüssig.*

Im Reallexikon der Medizin (1974) heißt es zum Scheintod:<sup>99</sup>

*Scheintod: klin. Bez. für komatösen Zustand mit Bewußtlosigkeit, Areflexie, Atonie u. scheinbarem Fehlen von Atmung u. Puls; beim Neugeborenen - je nach Zyanose oder deren Fehlen - als blauer oder als weißer Sch. (= Asphyxia livida bzw. pallida) bezeichnet. Die bestehende minimale Ventilation u. Herztätigkeit (Puls bei seltenen Kammerkontraktionen oder Kammerflimmern nicht tastbar) reicht aus, um den Strukturumsatz der Ganglienzellen aufrechtzuerhalten, so daß bei Einsetzen spontaner oder künstl. Atmung (in Abhängigkeit von der Dauer der Überlebens- u. Wiederbelebungszeit) Restitution möglich ist.*

Im Brockhaus (2001) heißt es über den Scheintod:<sup>100</sup>

*Scheintod, Zustand tiefer Bewusstlosigkeit, in dem die Vitalfunktionen (v.a. Atmung, Herztätigkeit, Reflexe) so weit reduziert sind, dass sie ohne spezielle, v.a. apparative Hilfe (EEG, EKG) nicht mehr feststellbar sind, die Minimalfunktionen aber eine gewisse Zeit die Versorgung der lebenswichtigen Organe gewährleisten, weshalb nicht alle Todeszeichen ausgeprägt sind. Zum S. kommt es v.a. bei Vergiftungen (bes. mit Schlafmitteln), starker Unterkühlung, Ertrinken, Elektrounfällen, Hirnschädigungen durch Schädelverletzungen oder Schlaganfälle, Lungenembolie sowie hohen Blutverlusten. Der Erfolg der Wiederbelebungsmaßnahmen und die völlige Wiederherstellung hängen von der Dauer des Zustandes ab.*

Zur Leichenschau heißt es darin:<sup>101</sup>

*Der Verstorbene ist vor der Bestattung von einem approbierten Arzt zu untersuchen (L.-Schau), der über die Todesursache eine Bescheinigung, den Leichenschauschein (Todesbescheinigung), ausstellt. Die L.-Schau soll so die Bestattung Scheintoter verhüten und verhindern, dass gewaltsam ums Leben Gekommene vor der Feststellung der Todesursache begraben werden.*

Zur „Brandbestattung“ heißt es darin:<sup>102</sup>

*Durch das Christentum fand die Feuerbestattung im Abendland ein vorläufiges Ende, da sie mit dem Glaubenssatz von der Auferstehung des Fleisches nicht vereinbar erschien. Im 19. Jh. kam sie wieder auf (erstes Krematorium 1878 in Gotha), besonders aus hygien. (gesundheitsspolit.) Gründen; aber auch die Angst vor der Bestattung eines Scheintoten und eine demonstrativ antikirchl. Haltung spielten eine Rolle.*

98 Karl Hörmann: Lexikon der christlichen Moral. Innsbruck 1969, 1225.

99 Reallexikon der Medizin und ihrer Grenzgebiete. Band 6. München, Berlin, Wien 1974, S57.

100 Brockhaus. Die Enzyklopädie in 24 Bänden. Band 19. Leipzig 2001, 267.

101 Brockhaus. Die Enzyklopädie in 24 Bänden. Band 13. Leipzig 2001, 247.

102 Brockhaus. Die Enzyklopädie in 24 Bänden. Band 22. Leipzig 2001, 208.

## 1.3 Todesfeststellung von 1960 bis 1999

### 1.3.1 Der Hirntod tritt auf

Im Jahr 1952 führte Björn Ibsen die künstliche Beatmung mittels eines Tubus durch Überdruck in die Medizin ein. Zunächst erfolgte dies noch händisch, doch bald übernahmen mechanische Geräte die künstliche Beatmung. Damit war es möglich, selbst einen Patienten ohne Spontanatmung zeitlich unbegrenzt künstlich zu beatmen. In den folgenden Jahren stellte sich heraus, dass es künstlich beatmete Patienten gibt, an denen keinerlei Hirnaktivität feststellbar war, selbst nach Tagen nicht. Bei keinem dieser Patienten konnte binnen 8 Tagen ohne feststellbaren Hirntätigkeit der Herzstillstand verhindert werden. Man musste erkennen, dass der Tod binnen weniger Tage unausweichlich war, wenn die Hirnaktivität nicht wieder zurückkam.

Diese Erkenntnis drängte den Innsbrucker Anästhesisten Bruno Haid dazu, Papst Pius XII. zu fragen, ob in diesem Falle immer bis zum Herzstillstand die künstliche Beatmung weiter fortgesetzt werden muss oder ob man die künstliche Beatmung auch ausschalten darf, wenn man erkennen muss, dass die Hirnaktivität nicht wieder zurückkommt. Am 24.11.1957 beantwortete Papst Pius XII. diese Frage damit, dass man die künstliche Beatmung beenden kann, wenn sicher ist, dass die Hirnaktivität nicht wieder zurückkommt.

Bruno Haid hatte zudem die Frage an den Papst gestellt, ob man diese Menschen mit irreversiblen Hirnfunktionsverlust als Tote ansehen kann. Hierzu antwortete Papst Pius XII., dass es Aufgabe des Arztes, insbesondere des Anästhesisten – hierbei spielte er auf den Hirntod an – sei, den Tod des Menschen festzustellen. Damit gab Papst Pius XII. die Frage an die Ärzteschaft zurück, wohl auch in dem Wissen, dass diese die hierfür notwendige Expertise haben. Außerdem hatten die Ärzte Ende des 19. Jh. darum gekämpft, dass nur approbierte Ärzte den Tod des Menschen feststellen dürfen und niemand ohne diese Todesfeststellung durch einen Arzt bestattet werden darf.

Es gibt in den 1950er Jahren vereinzelt Artikel über Untersuchungen an Hirntoten, die es ohne Einführung der künstlichen Beatmung nicht gegeben hätte. Erwähnenswert sind die beiden Artikel von zwei französischen Ärzteteams:

- Pierre Wertheimer und seinem Team

Im Frühjahr 1959 veröffentlichten Pierre Wertheimer und seine Arbeitsgruppe (Lyon) unter der Überschrift „sur la mort du système nerveux“ (Der Tod des Nervensystems) einen Artikel, in dem er 4 Fälle von Hirntod vorstellte. Es wurde in aller Vorsicht noch nicht vom „Hirntod“ oder „Tod des Menschen“ geschrieben, aber vom „Tod des Nervensystems“, denn dieser konnte anhand von 4 Fällen belegt werden.

Im Jahr 1960 wurde ein 13-Jähriger in das Krankenhaus zu Wertheimer eingeliefert. Eine Karotisangiographie zeigte einen intrakraniellen Kreislaufstillstand („arrêt circulatoire totale“). Wertheimer nahm aus therapeutischen Gründen eine Bohrlochtrepantation okzipital vor, fand aber kein Hämatom, sondern eine gravierende Steigerung des intrakraniellen Druckes. Nach einer Wartezeit von 32 Stunden und dem Erlöschen aller Hirnstammreflexe, stellte er die künstliche Beatmung ab („arrêt du respirateur artificiel“). Als Kriterien für ihr Handeln nannten sie: Nachweis der völligen Areflexie, keine Eigenatmung, das EEG weist eine Nulllinie auf und eine angiographische Darstellung keine Hirndurchblutung. Pierre Wertheimer hinterließ damit die älteste dokumentierte Beendigung der Therapie an einem Hirntoten.

- Pierre Mollaret und Maurice Goulon

Aus den Jahren 1954 bis 1959 trugen Pierre Mollaret und Maurice Goulon (Paris) die Erkenntnisse von 23 Hirntoten zusammen. Die Ergebnisse stellen sie beim Internationalen Neurologischen Treffen im Jahr 1959 vor: Von diesen 23 Hirntoten hatte einer noch 8 Tage einen Blutkreislauf, allen anderen erlitten früher einen Herzstillstand. Den Zustand nannten sie „Coma dépassé“ und fügten ihn als weiteren Komagrad den bestehenden drei Komagraden hinzu. Diese waren gekennzeichnet durch den Verlust von Bewusstsein, Bewegungsfähigkeit, Empfindlichkeit und Reizbarkeit. Trotz des Verlustes dieser „Funktionen des Beziehungslebens“ (vie de la relation), blieben die „Funktionen des vegetativen Lebens“ (vie végétative), vor allem Atmung, Kreislauf und Wärmeregulation, erhalten. Dies sei in dem 4. Komagrad anders:

- Bei Abschalten der künstlichen Beatmung fehlt jeglicher Hinweis auf Eigenatmung.
- Unmittelbar nach Absetzen der Katecholamine (kreislaufunterstützende Medikamente) bricht der Blutkreislauf zusammen.
- Die Körpertemperatur kann nicht mehr gehalten werden. Sie passt sich an die Umgebungstemperatur an.

Oft wird daher angegeben, dass Mollaret das „Coma dépassé“ als einen Komazustand ansah, nicht aber als Tod des Menschen. Das mag für 1959 noch zutreffend gewesen sein. Doch im Jahr 1962 schrieb er in der MMW: „Fälle des 'überschrittenen Komas' ('Coma dépassé'), wo wir Tests finden müßten, welche es uns erlauben, zu erkennen, daß der Tod – so maskiert er auch sein mag – bereits eingetreten ist.“ Damit sah Mollaret ab 1962 Hirntote als Tote an, wobei er das Problem darin sah, den Hirntod sicher festzustellen.

Die Kernfrage der Diskussion um das Hirntodkonzept lautet, ob mit einem Hirntoten ein Sterbender oder ein Toter künstlich beatmet wird. Was ist ein Hirntoter? Ist es ein Mensch mit totem Gehirn oder ist es ein Leichnam mit lebendem Körper? Diese Frage zeigt auf, dass es in diesem Zusammenhang auch um das Menschenbild geht. Wie verstehen wir uns? Ist das Herz oder ist das Gehirn für unser Leben ausschlaggebend?

Noch heute sagen Kritiker des Hirntodkonzepts – Gleichsetzung von Hirntod und Tod des Menschen – dass der Hirntod 1968 erfunden worden sei, um für die Organtransplantation an die benötigten Organe zu kommen, ohne den Tatbestand einer Tötung zu begehen. Dies ist stark verkürzt und sachlich unkorrekt.

- Die Einführung der künstlichen Beatmung rettete zwar zahlreichen Menschen das Leben, aber es schuf auch Hirntote.
- Es musste eine sichere Diagnostik gefunden werden, mit der man einen reversiblen von einem irreversiblen Zustand unterscheiden konnte.
- Es gab nun Hirntote, deren Zuordnung – Lebende oder Tote – erst noch gefunden und gut nachvollziehbar begründet werden musste.

### 1.3.2 Der Tod

In „Ullstein Lexikon der Medizin“ (1963) heißt es über den „Tod“:<sup>103</sup>

*Aufhören des Herzschlagens, der Atmung und der übrigen Lebensäußerungen, das nicht wieder rückgängig zu machen ist. Zeichen des eingetretenen Todes sind Schlaffwerden der Muskeln, Kleinerwerden des Gesichts, spitze Nase (das „Hippokratische Antlitz“), Erlöschen des Augenglanzes, Herabsinken des Unterkiefers, Erkalten der Haut, später Leichenstarre und Leichenflecke. Ein vor den Mund gehaltener Spiegel beschlägt nicht mehr, was selbst bei der leisesten, äußerlich nicht anzumerkenden Atmung noch geschieht. Einzelne Organe können auch nach eingetretenem Tode noch einige Stunden funktionieren. Ein von einer Nährlösung durchströmtes Froschherz kann bis zu 10 Tagen am Leben erhalten werden. Das von Carrel beobachtete Hühnerherz hat viele Jahre geschlagen. - Der Tod tritt nicht plötzlich ein; zuerst sterben Gehirn und Nervenzellen ab, am spätestens setzt das Herz aus.*

Im „DBG Lexikon der Medizin“ (1970) heißt es zur „Herzschwäche“:<sup>104</sup>

*Der Kranke kann meist nicht auf der linken Seite schlafen. In fortgeschrittenen Stadien treten oft Verdauungsbeschwerden mit Appetitlosigkeit, Magendruck, Übersäuerung, heftige Durchfälle in den Vordergrund, die nicht leicht an eine Herzkrankheit denken lassen. Wenn mehr die rechte Herzhälfte geschädigt ist (Rechtsinsuffizienz), stehen Schädigungen im großen Kreislauf im Vordergrund mit den beschriebenen Verdauungsstörungen, sowie Sauerstoffmangel im Gehirn (Reizbarkeit, Schlafstörungen die oft durch Kaffee paradoxerweise gebessert werden, Depressionen, Impotenz), Wassersucht, Lebervergrößerung (Stauungsleber). Bei Behinderung der Arbeit der linken Herzhälfte treten Stauungszeichen im kleinen (Lungen-) Kreislauf in den Vordergrund mit Zyanose und Herzasthma, schleimigem Auswurf, Husten, später Neigung zu eitrigen Bronchitiden und - Lungenödem. Schmerzen am Herz verursacht die H. nur selten.*

Im „DBG Lexikon der Medizin“ (1970) heißt es zur „Herzschwäche“:<sup>105</sup>

*Herzinsuffizienz, allmähliches oder plötzliches Versagen der Herzleistung bei Herzkrankheiten, Überlastungen oder Vergiftungen. Wird häufig als letzte Todesursache bei allen schweren oder lang dauernden Krankheiten angegeben und steht daher unter den statistisch erfaßten Todesursachen an erster Stelle. Im Herzen selbst liegende Ursachen der H. sind Herzfehler, Herzmuskelentzündung, Herzbeutelentzündung (Panzerherz) und Herzkranzgefäßerkrankungen (Herzinfarkt). Typische Zeichen der H. sind Kurzatmigkeit bei Anstrengungen mit einer Beschleunigung des Herzschlages, die in der Ruhe nur sehr langsam zum Normalwert zurückkehrt, Anschwellen der Knöchelgegend gegen Abend, bläuliche Verfärbung der Lippen (Zyanose), auffallend geringe Flüssigkeitsausscheidung am Tag und mehrfaches Wasserlassen in der Nacht. Der Kranke kann meist nicht auf der linken Seite schlafen.*

Im „DBG Lexikon der Medizin“ (1970) heißt es zur „Herzstillstand“:<sup>106</sup>

*Hat ein H. länger als zehn Minuten gedauert, so ist das Gehirn durch den Sauerstoffmangel so geschädigt, daß mit einer echten Wiederbelebung nicht mehr gerechnet werden kann, auch wenn es gelingt, das Herz wieder zum Schlagen zu bringen.*

103 Ullstein: Lexikon der Medizin. Frankfurt 1963, 201.

104 DBG Lexikon der Medizin. Frankfurt 1970, 317.

105 DBG Lexikon der Medizin. Frankfurt 1970, 317.

106 DBG Lexikon der Medizin. Frankfurt 1970, 318.

Im „DBG Lexikon der Medizin“ (1970) heißt es zum „Tod“:<sup>107</sup>

*tödlicher Ausgang [einer Krankheit]), Aufhören des Herzschlages, der Atmung und der übrigen Lebensäußerungen, der nicht wieder rückgängig zu machen ist. Zeichen des eingetretenen Todes sind Schlaffwerden der Muskeln, Kleinerwerden des Gesichts, spitze Nase (das „Hippokratische Antlitz“), Erlöschen des Augenglanzes, Herabsinken des Unterkiefers, Erkalten der Haut, später Leichenstarre und Leichenflecke. Ein vor den Mund gehaltener Spiegel beschlägt nicht mehr, was selbst bei der leisesten, äußerlich nicht anzumerkenden Atmung noch geschieht. Einzelne Organe können auch nach eingetretenem Tode jahrelang funktionieren. - Der Tod tritt nicht plötzlich ein; zuerst sterben Gehirn und Nervenzellen ab, am spätesten setzt das Herz aus. Atemstillstand kann durch künstliche Atmung noch nach Stunden wieder behoben werden. Herzstillstand auf dem Operationstisch ist durch sofortige Herzmassage zu überwinden. - Streng genommen gibt es keine gesetzliche Definition des Lebensendes (auch nicht des Lebensbeginns); die bisherige Definition wurde von der medizinischen Entwicklung überrollt. Bisher galt als tot, wer ein lebensnotwendiges Organ verloren hatte. Nun ist es der Medizin heute aber möglich, durch künstliche Organe und Medikamente auch einen Körper beliebig lange am Leben zu erhalten, der psychisch längst tot ist. So kann man durch extrakorporale Zirkulation einen Kadaver zur Organ-Bank machen. Prof. F. de Gaudart d'Allaines forderte daher in Paris, daß der Tod dann anzunehmen ist, wenn das Elektroenzephalogramm keine Gehirntätigkeit mehr anzeigt. - Nach der Definition der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie von 1967 ist der Hirntod dann eingetreten, wenn im Fall einer direkten Schädigung des Gehirns ‚über zwölf Stunden‘ bestimmte Ausfallerscheinungen beobachtet werden: Bewußtlosigkeit, fehlende Spontanatmung, fehlende Lichtreaktion der erweiterten Pupillen, wenn (eine Stunde lang oder nach zwölf Stunden) kein elektrisches Potential vom Gehirn mehr abgeleitet werden kann, oder wenn es zu einem „angiographisch nachgewiesenen“ Stillstand des Kreislaufs im Gehirn kommt und diese zerebrale Zirkulationsunterbrechung „wenigstens 30 Minuten“ lang bestanden hat. Angiographisch bedeutet, daß auf einem Röntgenbild die Blutgefäße des Gehirns nach Injektion eines sogenannten Kontrastmittels sichtbar gemacht werden.*

Wie sehr man im Jahr 1971 bemühte, den Hirntod zu verstehen, zeigt dieser Diskussionsbeitrag:<sup>108</sup>

*Bei der diesjährigen Tagung Neurochirurgen in Gießen wurde berichtet, daß beim dezerebrierten Hund noch eine partielle Blutdruck- und Temperaturregulation über das Rückenmark zustande kommt. Vielleicht ist ähnliches auch beim hirntoten Patienten noch möglich. Andererseits wäre auch denkbar, daß kleine Areale des Hirnstammes von der allgemeinen Schädigung ausgespart bleiben und einen Rest vegetativer Regulation aufrechterhalten, auch wenn das ganze übrige Gehirn irreversibel tot ist.*

107 DBG Lexikon der Medizin. Frankfurt 1970, 657.

108 Wiemers. Zitiert nach: K. Hutschenreuter, K. Wiemers (Hg.): Intensivbehandlung und ihre Grenzen. Berlin 1971, 123.

### 1.3.3 Der Hirntod

Die Gleichsetzung von Hirntod<sup>109</sup> und Tod des Menschen (Hirntodkonzept) ist seit September 1968 heftiger Kritik ausgesetzt. Hatte doch das Ad-Hoc-Komitee der Harvard-Universität im August 1968 das „irreversible coma“ als neues Todeskriterium definiert. Mit dieser Bezeichnung verursachte das Ad-Hoc-Komitee den folgenschwersten verbalen Betriebsunfall in der Medizingeschichte: Zwar spricht das Ad-Hoc-Komitee in dem Artikel immer vom „irreversible coma“, doch die von ihm vorgeschlagene Diagnostik weist kein irreversibles Koma nach, sondern den Hirntod.<sup>110</sup>

Pierre Wertheimer und seine Arbeitsgruppe beschrieben im Januar 1959 unter der Überschrift „sur la mort du système nerveux“ (Der Tod des Nervensystems) 4 Fälle von Hirntod.<sup>111</sup> Im Herbst 1959 veröffentlichten Pierre Mollaret und Maurice Goulon einen Artikel mit 23 Fällen von Hirntod. Sie bezeichneten diesen Zustand als „coma dépassé“, als „jenseits des Komas“.<sup>112</sup> Im Jahr 1962 schrieb Pierre Mollaret in der Münchner medizinischen Wochenschrift: „Fälle des 'überschrittenen Komas' ('Coma dépassé'), wo wir Tests finden müßten, welche es uns erlauben, zu erkennen, daß der Tod – so maskiert er auch sein mag – bereits eingetreten ist.“<sup>113</sup>

Hierauf ging das Ad-Hoc-Komitee nicht ein. Als einzige Quelle ihres Papiers nannten sie die Antwort von Papst Pius XII. vom 24.11.1957 auf die Frage von Bruno Haid, ob man Patienten, an denen man irreversibel keine Hirnfunktionen mehr feststellen kann, bis zum Herzstillstand weiter künstlich beatmen müsse. In den 1950er Jahren erlitten alle Hirntote trotz aller Bemühungen der Ärzte binnen 8 Tagen einen irreversiblen Herzstillstand. Papst Pius XII. erlaubte das Abschalten der künstlichen Beatmung, wenn der Verlust der Hirnfunktionen als irreversibel erkannt wurde.<sup>114</sup>

Noch heute ist in medizinischer Fachliteratur zu finden, dass 1968 das „irreversible Koma“ zum neuen Todeskriterium definiert wurde. Dem Worte nach ist dies richtig, dem Inhalt nach jedoch falsch. Denn der Hirntod ist nicht mit dem irreversiblen Koma gleichzusetzen, was Pierre Mollaret und Maurice Goulon mit ihrem „coma dépassé“ bereits zum Ausdruck brachten. Einfach ausgedrückt: Das irreversible Koma ist ein schwerer Gehirnschaden mit teilweise funktionierenden Anteilen. Der Hirntod ist hingegen ein Totalschaden des Gehirns. Hierbei funktioniert nichts mehr.

An der Bezeichnung „irreversibles Koma“ sich haltend, haben es die Kritiker des Hirntodkonzepts leicht. Sie wissen nicht um die Bedeutung der vom Ad-Hoc-Komitee vorgeschlagene Diagnostik bzw. wollen davon nichts wissen, um ihre Kritik weiterhin aufrecht zu erhalten. Aus diesem Grunde wird hier ausdrücklich darauf hingewiesen.

Es ist darauf hinzuweisen, dass mit der Einführung der künstlichen Beatmung in den 1950er Jahren zwar vielen Menschen das Leben gerettet werden konnte. Es wurde damit auch etwas völlig Neues geschaffen, Hirntote. Hierfür musste zunächst eine allgemein anerkannte und benutzte Bezeichnung gefunden werden.

---

109 Er soll seit 2015 als „irreversibler Hirnfunktionsausfall“ bezeichnet werden. Doch bis Ende 2023 wurde selbst in Hochschulschriften bis auf wenige Ausnahmen (<2%) nur „Hirntod“ verwendet. In weniger als 1% überwiegt die Anzahl für „irreversibles Koma“ die Anzahl für „Hirntod“. (noch unveröffentlichte Studie des Verfassers)

110 The Ad-Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death: A definition of irreversible coma. JAMA 1968; 205:337-340.

111 Dag Moskopp: Hirntod. Stuttgart 2015, 75.

112 Dag Moskopp: Hirntod. Stuttgart 2015, 76.

113 P. Mollaret: Beantwortung einer Frage. In: Münch. med. Wschr. 104,2 (1962), 2197.

114 [https://www.vatican.va/content/pius-xii/fr/speeches/1957/documents/hf\\_p-xii\\_spe\\_19571124\\_rianimazione.html](https://www.vatican.va/content/pius-xii/fr/speeches/1957/documents/hf_p-xii_spe_19571124_rianimazione.html)



Das Lexikon Medizin, Ethik, Recht (1989) beschreibt genau den Prozess, der zum Stillstand der Hirndurchblutung und damit zum Hirntod führt.<sup>115</sup>

*Primäre oder sekundäre Hirnschädigungen führen zu plötzlicher Steigerung des Schädelinnendrucks: in dem knöchernen, bis auf das Hinterhauptloch fest begrenzten Schädelinneren bestehen die Bestandteile Hirngewebe, Blut und Hirnflüssigkeit in einem wechselnden Raumverhältnis und in einem dynamischen Druckgleichgewicht. Plötzliche Volumenzunahme eines Bestandteiles führt daher zur Schädelinnendrucksteigerung und als Folge davon zur Verminderung und schließlich zum Stillstand der Hirndurchblutung,*

Weiter heißt es dort über den Hirntod:<sup>116</sup>

*Wenn ein Stillstand der Hirndurchblutung bereits zum Erlöschen der Hirnfunktionen geführt hat, kann durch künstliche Beatmung die Funktion von Herz und Kreislauf stunden- oder tagelang aufrechterhalten werden, obwohl bereits der Zustand des Hirntodes eingetreten ist.*

*Die Individualität des Menschen ist aber an die intakte Funktion des Gehirns gebunden. Daher ist es medizinisch, ethisch und juristisch folgerichtig, einen Menschen mit irreversibel erloschenen Hirnfunktionen auch dann schon als 'tot' zu diagnostizieren und als Leichnam zu behandeln, wenn biologisch – außer im Gehirn – noch nicht alle Organfunktionen in ihm erloschen sind (vgl. Roxin 1973; Pendl 1986)*

Penning in seinem Buch „Rechtsmedizin“ (1997) über den Hirntod:<sup>117</sup>

*Wichtig ist diese Todesdefinition für die Transplantation innerer Organe: Herz, Lunge, Leber, Pankreas oder Nieren können nur funktionsfähig bleiben, wenn Atmung und Kreislauf unmittelbar bis zur Explantation aufrecht erhalten werden. Sie können jedoch dann trotzdem "von einer Leiche" (die aber atmet und deren Herz schlägt!) entnommen werden, wenn und weil deren Hirntod feststeht. Dies führt in Laienkreisen nicht selten zu der Befürchtung, der Organspender werde erst durch und für die Transplantation getötet. Bereits die makroskopischen Befunde am Gehirn nach erfolgter Hirntodesfeststellung widerlegen dies jedoch eindrucksvoll. Funktionell ist der Hirntote einem Enthaupteten gleichzusetzen!*

Als Schlussfolgerung schreibt Penning auf gleicher Seite weiter:

- *Rechtlich definiert die Feststellung des Hirntodes dann den Todeszeitpunkt, auch wenn der tatsächliche Hirntod bereits früher eingetreten sein muß. "Der Tod" ist rechtlich der Hirntod*
- *Der Zeitpunkt des biologischen Todes ist demgegenüber erst mit dem Absterben der letzten Körperzelle erreicht. Dieser Zeitpunkt existiert somit zwar theoretisch, ist aber praktisch nicht feststellbar und damit ohne praktische Relevanz. Er dürfte in der Regel wenige Tage nach dem irreversiblen klinischen Todeseintritt liegen (Wiederbelebungszeiten Kap. 1.1.4)*

Noch im Jahr 2003 wird von Theologen die Feststellung des Hirntodes auf das Nulllinien-EEG verkürzt: „Innerhalb der modernen Medizin gilt heute der Hirntod, das Nichtvorhandensein von Hirnströmen, als Kriterium dafür, wann ein Mensch gestorben ist.“<sup>118</sup>

Im „Lexikon der christlichen Ethik“ (2003) heißt es:<sup>119</sup>

*Das so genannte Hirntodkriterium, das für die rechtliche und ethische Zulässigkeit der Organentnahme vom toten Spender steht, beinhaltet keine erweiterte Todesdefinition. Der*

115 Reinhold A. Frohwein: Todesfeststellung / Todeskriterien / Todeszeitpunkt. In: Albin Eser, Markus von Lutterotti, Paul Sporken (Hg.): Lexikon Medizin, Ethik, Recht. Freiburg 1989, Sp. 1188.

116 Reinhold A. Frohwein: Todesfeststellung / Todeskriterien / Todeszeitpunkt. In: Albin Eser, Markus von Lutterotti, Paul Sporken (Hg.): Lexikon Medizin, Ethik, Recht. Freiburg 1989, Sp. 1190.

117 Randolph Penning (Hg.): Rechtsmedizin systematisch. Bremen 1997, 15.

118 Eugen Biser, Ferdinand Hahn, Michael Langer (Hg.): Lexikon des christlichen Glaubens. München 2003, 474.

119 Gerfried W. Hunold: Transplantation. In: Gerfried W. Hunold (Hg.): Lexikon der christlichen Ethik. 2 Bände. Freiburg 2003. Bd. 2, Sp. 1836.

*unumkehrbare Funktionsausfall des Gehirns ist für das medizinische Sachargument lediglich ein weiteres Kriterium für ein und denselben Tatbestand 'Tod', der jenseits der intensivmedizinischen Betreuung und der herkömmlich angezeigten Kriterien des irreversiblen Herz-Kreislauf- und Atemstillstands steht. Gegenüber der kontroversen philosophisch-anthropologischen Diskussion um 'Hirntod' und 'Persontod' bleibt festzuhalten, dass beide Sachverhalte zwar aufeinander bezogen, aber nicht einfach identisch sind. Sie gehorchen einer unterschiedlichen Hermeneutik.*

Noch im Jahr **2007** tun sich Philosophen mit dem Verständnis des Hirntodes schwer, wenn sie schreiben: „Der Hirntod ist genau deshalb ein so attraktiver Begriff, weil er die Bewahrung des Todesbegriffs als den moralischen Entscheidungspunkt zulässt und uns gleichzeitig erlaubt, unterschiedlich über Menschen zu denken, die nur noch atmen.“<sup>120</sup> Hirntote atmen selbst nicht mehr. Dies wird im Apnoe-Test eigens überprüft. Daher müssen Hirntote dauerhaft künstlich beatmet werden.

### 1.3.4 Leichenschau

Im Meyers Großem Konversationslexikon (1907) heißt es über die Leichenschau:<sup>121</sup>

*Genügende Vorbeugungsmittel gegen das Lebendigbegrabenwerden sind: Beschränkung der zu frühen Beerdigung, die im allgemeinen nicht früher als 72 Stunden nach dem Tode stattfinden sollte, sodann obligatorische Leichenschau durch Sachkundige. In den besteingerichteten Leichenhallen ist in vielen Jahren und unter vielen tausend Fällen noch kein Fall von S. vorgekommen. Die Feststellung der sogen. Totenflecke schließt auch jedes Lebendigbegrabenwerden mit Sicherheit aus.*

**1908** erschien das Buch „Der wirkliche Tod und der Scheintod“. Darin heißt es über die Leichenschau:<sup>122</sup>

*Die Leichenstarre hat den sehr großen Nachteil, dass „sie besonders von denen, welche keine Aerzte sind, mit der Starre verwechselt werden kann, welche vor dem Tod bei den von Athemnot Befallenen, den Erstickten, den von Starrkrampf Betroffenen, etc. eintritt. 'Offenbar kann die Leichenstarre, wenn sie von einer der medizinischen Wissenschaft fremden Person beurteilt wird, mit den verschiedenen von uns angeführten pathologischen Zuständen verwechselt werden und zu sehr beklagenswerten Verwechslungen führen; aber wir glauben, dass ein erfahrener Arzt aus den Erscheinungen der Leichenstarre sichere Zeichen wird entnehmen können.*

Über den Scheintod heißt es darin auf Seite 78:

*Es ist in besonderer Weise Aufgabe der Aerzte, die zur Zurückrufung des Lebens notwendigen Prozesse anzuwenden, speciell bei Personen, welche in Folge plötzlicher Zufälle tot scheinen.*

Wie groß nach der Jahrhundertwende die Angst vor dem Scheintod war, belegt dieser Hinweis auf Seite 117 in „Der wirkliche Tod und der Scheintod“:

*Als im Oktober 1901 der in Dublin tätige Arzt Dr. Heron tot aufgefunden wurde, fand man einen mit einer Nadel ans Bett gehefteten Zettel mit den Worten: „Achtung! - Begrabt mich nicht, ehe ich wirklich gestorben bin. Achtet nicht auf das, was die Aerzte sagen werden, wenn sie mir nicht vorher das Herz mit einem Messer durchbohren. Ihr würdet euer ganzes Leben lang*

120 Edward Craig (Hg.): Die kleine Routledge Enzyklopädie der Philosophie Berlin 2007. 3 Bände. Bd.2 (2007), 372.

121 Meyers Großes Konversations-Lexikon. Ein Nachschlagewerk des allgemeinen Wissens. Leipzig und Wien 1902–1908, 20 Bände. Bd. 17. (1907), 727. Nach: [http://woerterbuchnetz.de/cgi-bin/WBNetz/wbgui\\_py?sigle=Meyers&mode=Vernetzung&lemid=IL02134#XIL02134](http://woerterbuchnetz.de/cgi-bin/WBNetz/wbgui_py?sigle=Meyers&mode=Vernetzung&lemid=IL02134#XIL02134)

122 J. B. Ferreres, J. B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod - in Beziehung auf die hl. Sakramente, auf die Häufigkeit der voreiligen Begräbnisse, auf die Mittel zur Wiederbelebung der angeblich Toten und zur Vermeidung der Gefahr des lebendig Begrabenwerdens. Koblenz 1908, 51.



*Gewissensbisse haben. Ich sage es allen Beurteilern dieses Falles, wenn ich werde als tot angesehen werden können. Kein Sterblicher kann wissen, ob ein Mensch wirklich gestorben ist, ehe nicht in ihm die Verwesung beginnt oder bis ihm nicht geradezu das Gehirn im Reverbierofen verbrannt worden ist.“*

Es hat den Anschein einer Verschwörungstheorie, wenn es auf Seite 131 heißt:

*Wo sich Leichenhäuser befinden, sind die Aerzte aus Furcht davor, dass etwaige Irrtümer ihrer Diagnose an's Licht kommen, viel sorgfältiger in der Prüfung des Todes und sehr bereit, die verschiedenen Mittel, die zur Wiederbelebung dienen können, anzuwenden. Daraus folgt, wie leicht begreiflich ist, die Abnahme der Häufigkeit der Fälle des Wiederauflebens in den Leichenhäusern.*

Auf Seite 228f wird auf eine bayerische Anordnung verwiesen:

*Ein bayerisches Polizeireglement schrieb vor, wenn jemand nicht sicher für tot gehalten wird, soll ein Arzt gerufen werden und bis zu dessen Eintreffen die Mittel zur Wiederbelebung angewendet werden: „1. Die Fenster zu öffnen und das Zimmer erwärmen. 2. Die künstlich Beathmung anwenden. 3. Warme Kataplasmen von Senfmehl auf die Brust und die Extremitäten legen. 4. Mit einer weichen Bürste, einem Stück mit Essig oder Kamphergeist durchtränkten Stoffes oder einem erwärmten Tuch Reibungen vornehmen. 5. Mit einer Vogelfeder die Kehle kitzeln. 6. Ammoniakgeist unter die Nase halten. 7. Von Zeit zu Zeit einige Tropfen eines Balsamextraktes oder derartiger Essenz in den Mund träufeln lassen.“*

Die Verfasser scheinen vergessen zu haben, dass zur Vermeidung von falschen Todesfeststellungen durch medizinische Laien bis Ende des 19. Jh. die Ärzte darum gekämpft haben, dass nur approbierte Ärzte den Tod des Menschen feststellen dürfen.

In „Knaurs Gesundheits-Lexikon“ (1940) heißt es zum Tod.<sup>123</sup>

*Das Leben des Organismus erlischt in einem bestimmten Augenblick, aber es ist eine ziemlich lange Spanne Zeit, bis alle Gewebe des Körpers ihre Lebensfähigkeit aufgegeben haben. Noch viele Stunden nach dem Eintritt des Todes hat man lebensfähiges Hautgewebe gefunden, das in einer „Gewebekultur“, das heißt durch Verbringen ganz kleiner Hautstückchen in eine Lösung von bestimmten Nährstoffen, weiter am Leben erhalten wurde und bei dem man sogar Zellteilungen, also Wachstumsvorgänge beobachten konnte. Der Arzt richtet sich bei der Feststellung des Todes nicht nach dem Totsein dieses oder jenes kleinen Gewebsbezirkes, sondern nach dem Erlöschen der Lebensmöglichkeit des Organismus in seiner Gesamtheit.*

Im „Grundriß der Rechtsmedizin“ (1971) wird aus § 1 des niedersächsischen „Gesetz über das Leichenwesen“ zitiert mit den Worten:<sup>124</sup>

*Jede menschliche Leiche ist zur Feststellung des Todes, der Todesart und der Todesursache von einem Arzt zu untersuchen (Leichenschau).*

In „Vademecum Gerichtsmedizin“ (1973) wird aus § 1 der „Anordnung über die ärztliche Leichenschau“ der DDR vom 02.12.1968 mit den Worten zitiert:<sup>125</sup>

*Jede menschliche Leiche ist innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Todes zwecks Feststellung des Todes, der Todesart und der Todesursache durch einen Arzt zu besichtigen (Leichenschau).*

123 Peter Hiron: Knaurs Gesundheits-Lexikon. Ein Führer für alle durch das Gesamtgebiet der modernen Medizin . Berlin 1940, 449f.

124 Steffen P. Berg: Grundriß der Rechtsmedizin. 9. Auflage. München 1971, 134.

125 Wolfgang Reimann, Otto Prokop: Vademecum Gerichtsmedizin. Für Mediziner, Kriminalisten und Juristen. Thanatologie, Traumatologie, Forensische Serogenetik, Spurenkunde, Toxikologie und Rechtsfragen. Berlin 1973, 18.

Im „Grundriß der Rechtsmedizin“ (1976) heißt es zur Todesfeststellung:<sup>126</sup>

*Jeder approbierte Arzt kann die Leichenschau durchführen. Seine Aufgaben bei Durchführung der Leichenschau sind am schärfsten in dem niedersächsischen „Gesetz über das Leichenwesen“ umrissen, ergeben sich aber sinngemäß ebenso für die anderen Bundesländer:*

*§ 1 {1) Jede menschliche Leiche ist zur Feststellung des Todes, der Todesart und der Todesursache von einem Arzt zu untersuchen (Leichenschau). Der Arzt hat hierüber eine Todesbescheinigung {Leichenschauschein} nach vorgeschriebenem Muster auszustellen.*

Im „Lexikon des Arztrechts“ (1984) heißt es zum Begriff der Leichenschau:<sup>127</sup>

*Die Leichenschau ist die äußere Untersuchung einer menschlichen Leiche zur Feststellung des Todes, der Todesart, der Todesursache und des Todeszeitpunktes. Sie ist zu unterscheiden von der inneren Leichenschau (Sektion).*

Zu den Rechtsgrundlagen der Leichenschau heißt es:<sup>128</sup>

*Die allgemeine Leichenschau für jeden Todesfall ist in den Bestattungsgesetzen der einzelnen Bundesländer und den dazu ergangenen Durchführungsverordnungen ... geregelt. Danach obliegt die Durchführung der Leichenschau ausschließlich den Ärzten ...*

Zum Todeszeitpunkt heißt es:<sup>129</sup>

*Während die Todesfeststellung nach allgemeinem Kreislauf- und Atemstillstand allorts und durch jeden Arzt erfolgen kann, ist die Feststellung des Hirntodes an besondere unumgängliche Bedingungen und eine Reihe von Befunden gebunden. Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer hat Kriterien zur Feststellung des Hirntodes erarbeitet (DA 1982714, 5. 45ff.),*

Im „Roche Lexikon Medizin“ (1984) heißt es über die Leichenschau:<sup>130</sup>

*Besichtigung (= äußere L.) der unbedeckten menschl. Leiche (einschließlich der Ausstellung der entsprechenden schriftl. Bescheinigung = Leichenschein als Todesfallurkunde) durch einen Arzt zur Feststellung des Todes, der Todesart u. möglichst der Todesursache.*

Im „Staatslexikon“ (1985) heißt es über den Tod:<sup>131</sup>

*Der T. beendet das Leben eines Menschen, wenn die Komplikationen einer schweren Erkrankung durch konservative oder operative Verfahren nicht mehr beherrscht werden können. Wird eine solche Erkrankung überstanden oder bleibt der Mensch überhaupt vor schweren Erkrankungen bewahrt, dann ist im Alter (Alter I) der Struktur- und Funktionsstoffwechsel des Organismus irgendwann beendet; die Lebensuhr scheint abgelaufen zu sein, wenn jemand an Altersschwäche stirbt.*

Weiter heißt es über den Tod des Individuums:<sup>132</sup>

*Die Existenz nicht nur jedes Individuums, sondern auch jeder Zelle ist zeitlich begrenzt. Eine Zelle beendet ihre individuelle Existenz entweder bei der Teilung oder bei der Verschmelzung mit einer anderen Zelle oder durch den Tod. Letzteres Ereignis ist im Pflanzen- und Tierreich oft ein gewaltsamer T., z.B. durch Einbezug der Zelle in eine Nahrungskette.*

126 Steffen P. Berg: Grundriß der Rechtsmedizin. 11. Auflage. München 1976, 146.

127 Hans-Jürgen Rieger: Lexikon des Arztrechts. Berlin 1984, RN 1147.

128 Hans-Jürgen Rieger: Lexikon des Arztrechts. Berlin 1984, RN 1147.

129 Hans-Jürgen Rieger: Lexikon des Arztrechts. Berlin 1984, RN 1759.

130 Roche Lexikon Medizin. 2. Auflage. München 1987, 954.

131 Görresgesellschaft (Hg.): Staatslexikon. Recht. Wirtschaft. Gesellschaft. 7. Auflage. 5. Band. Freiburg 1985, Sp. 476.

132 Görresgesellschaft (Hg.): Staatslexikon. Recht. Wirtschaft. Gesellschaft. 7. Auflage. 5. Band. Freiburg 1985, Sp. 476f.

Unter philosophischen Gesichtspunkten heißt es zum Tod:<sup>133</sup>

*Nach der Einsicht der Vernunft begrenzt der T. alle menschlichen Möglichkeiten. Der T. ist dabei für uns selbst die ausgezeichnete menschliche Möglichkeit des Endes aller uns vor der Vernunft zugänglichen Wirklichkeit. Eben deshalb sucht die theoretische, die praktische und die ästhetische Vernunft, den T. ihrerseits zu begrenzen. ... Die Endlichkeit unserer Existenz bestimmt den Ursprungsort der Philosophie, nämlich die Welt des frühen Griechentums so sehr, daß dort „Menschen“ bezeichnet sind unter dem Titel brotoi, „Sterbliche“, Die philosophische Tradition hat entsprechend von Platon über M.de Montaigne bis zu M. Heidegger den T. nicht als bloße Zugabe, sondern als eine wesentliche Aufgabe ihrer eigenen Bewährung reflektiert.*

Im „Roche Lexikon Medizin“ (1987) heißt es über die Leichenschau:<sup>134</sup>

*Besichtigung (= äußere L.) der unbedeckten menschl. Leiche (einschließlich der Ausstellung der entsprechenden schriftl. Bescheinigung = Leichenschein als Todesfallurkunde) durch einen Arzt zur Feststellung des Todes, der Todesart u. möglichst der Todesursache.*

Zum Hirntod heißt es darin:<sup>135</sup>

*der mit dem Tod des Individuums (»Individualtode«) identische Organtod des Gehirns. Der Nachweis - wichtig u.a. im Zusammenhang mit der respiratorischen Reanimation (deren Fortsetzung evtl. zu dissoziiertem Tod führt) - stützt sich auf folgende unabdingbaren Kriterien: Bewußtlosigkeit, erloschene Spontanatmung, Fehlen zerebraler Reflexe u. umweltbezogener Lebensäußerungen, hirnelektrische Inaktivität (= isoelektrisches Elektroenzephalogramm, »no DCA«; bei Vergiftungszuständen u. bei Kindern nicht verwertbar); als sicherer Parameter gilt ferner der Ausfall der Durchblutung aller Hirnarterien (z.B. nachweisbar als Kontrastmittelstase);*

Im „Lexikon Medizin Ethik Recht“ (1989) heißt es über den Hirntod:<sup>136</sup>

*Voraussetzung für die Organentnahme von einem Toten ist Eintritt und Feststellung des Hirntodes, d.h. des vollständigen und irreversiblen Zusammenbruchs aller Gehirnfunktionen bei künstlich aufrechterhaltenem Kreislauf. Der Hirntod ist heute in fast allen Ländern als der maßgebliche Zeitpunkt für den Tod des Menschen anerkannt. Er muß von zwei erfahrenen Ärzten, die vom Transplantationsteam unabhängig sind, festgestellt und dokumentiert werden.*

Zu den Aufgaben der Rechtsmedizin heißt es dort:<sup>137</sup>

*Inhaltlich handelt es sich um die forensische Traumatologie mit der Diagnostik und differentialdiagnostischen Bewertung rechtserheblicher Körperverletzungen, der Untersuchung unklarer Todesursachen, der Analyse und Rekonstruktion von Handlungs- und Bewegungsabläufen unter biomechanischen und zeitlichen Gesichtspunkten (z.B. Entwicklung von Methoden zur Wundaltersbestimmung) sowie der Feststellung des Todes und Bestimmung des Todeszeitpunktes mit der Entwicklung neuer Meßverfahren. Die diagnostischen und rechtlichen Grundlagen der Leichenschau und der Obduktion, Kriterien des nicht-natürlichen Todes (Unfall, Selbstmord, Tötung) sind Gegenstand der Lehre, Forschung und Praxis.*

Über die berufsständischen Richtlinien der Ärzte heißt es:<sup>138</sup>

*Berufsständische Richtlinien stehen zwischen staatlichem Gesetz einerseits und ethischer Wertanschauung andererseits. Durch berufsständische Richtlinien unterhalb der Schwelle des*

133 Görresgesellschaft (Hg.): Staatslexikon. Recht. Wirtschaft. Gesellschaft. 7. Auflage. 5. Band. Freiburg 1985, Sp. 478.

134 Roche Lexikon Medizin. 2. Auflage. München 1987, 1025.

135 Roche Lexikon Medizin. 2. Auflage. München 1987, 789.

136 Albin Exer, Markus von Lutterotti, Paul Sporken (Hg): Lexikon Medizin Ethik Recht. Freiburg 1989, Sp. 767f.

137 Albin Exer, Markus von Lutterotti, Paul Sporken (Hg): Lexikon Medizin Ethik Recht. Freiburg 1989, Sp. 890f.

138 Albin Exer, Markus von Lutterotti, Paul Sporken (Hg): Lexikon Medizin Ethik Recht. Freiburg 1989, Sp. 945f.

staatlichen Gesetzes sollen medizinische Standards festgelegt oder Grenzen ärztlichen Handelns aufgezeigt werden, wobei nicht nur an das ethische Pflichtbewußtsein des Arztes appelliert wird, sondern je nach Inhalt und rechtlicher Einordnung der Richtlinie auch rechtliche Bindungswirkungen entstehen. Als Beispiele für die Festlegung medizinischer Standards sind die Richtlinien des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer und des Bundesgesundheitsamtes zur Blutgruppenbestimmung und Bluttransfusion vom November 1987 (in Kraft seit Mai 1988) und die Entscheidungshilfen des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer zur Feststellung des Hirntodes vom Oktober 1986 (DÄBI 1986, 2960 ff) zu nennen. Beide Richtlinien definieren die anerkannten „Regeln der ärztlichen Kunst“ unter Berücksichtigung des gesicherten Standes medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse. Ihnen kommt rechtlich die Bedeutung eines Sachverständigengutachtens zu, dessen Aussagewert besonders hoch zu veranschlagen ist, da es im Auftrage des Wissenschaftlichen Beirates von namhaften Vertretern ihres jeweiligen Fachgebietes kollegial erstellt wurde.

Zum Tod heißt es in diesem Lexikon:<sup>139</sup>

Vom Begriff des Todes sind die Kriterien und Methoden seiner Feststellung zu unterscheiden. Während es sich beim Todesbegriff um eine gesellschaftlich-normative Konvention handelt, die ihrerseits auf bestimmten anthropologischen Vorstellungen - „Geistigkeit“ als Wesenskriterium des Menschseins - beruht, ist die Formulierung verlässlicher Todesfeststellungskriterien und -methoden zunächst eine naturwissenschaftlich-medizinische Aufgabe (Eser 1980, 77ff). Dem Juristen obliegt es dann, die vorgeschlagenen Feststellungsverfahren auf ihre Konsistenz hin zu überprüfen und durch ergänzende Verfahrensregeln möglichen Fehlern oder gar Mißbräuchen vorzubeugen. Daher entspricht es durchaus juristischem Denken, wenn in ärztlichen Stellungnahmen zur Todesfeststellung bei potentiellen Organspendern festgelegt wird, die den Tod feststellenden Ärzte müßten vom Transplantationsteam unabhängig sein. Eine entsprechende Regelung war denn auch in § 2 des Entwurfs eines Transplantationsgesetzes vorgesehen (vgl. Rüping 1982, 83).

Bereits 1968 hat der Weltärztebund in seine Tagung in Sydney beschlossen, dass die Ärzte, die den Hirntod feststellen, nicht zum Transplantationsteam gehören dürfen. Um bei den Kriterien der Feststellung des Todes mitreden zu können, fehlen Juristen die Expertise. Daher wurde – auch um das Vertrauen der Menschen zu stärken – seit der Richtlinie zur Feststellung des Hirntodes das Bundesministerium für Gesundheit als Kontrollgremium eingesetzt, das die vorgeschlagene neue Richtlinie entsprechend prüft. Es prüft auch kein Konditormeister die elektrische Installation in einem Haus. Dass er Meister ist, berechtigt ihn nicht zu Abnahme der elektrischen Installation. Ebenso berechtigt kein akademischer Grad einen Juristen dazu, ein Urteil über eine Todesbescheinigung oder die Hirntoddiagnostik zu fällen.

Zum Tod heißt es in diesem Lexikon weiter:<sup>140</sup>

Praktisch wichtige Bestimmungen für den Todesfall finden sich im Personenstands- und Bestattungsrecht. Jede Totgeburt und jeder Tod eines Menschen ist spätestens am folgenden Werktag dem örtlich zuständigen Standesbeamten anzuzeigen (§§ 24, 32 PstG). Zur Feststellung des Todes, des Todeszeitpunktes, der Todesart und der Todesursache ist unverzüglich eine ärztliche Leichenschau durchzuführen ... Konstatiert der Arzt sichere Zeichen des Todes, so stellt er eine Todesbescheinigung sowie - für statistische Zwecke - einen Leichenschauschein aus

139 Albin Exer, Markus von Lutterotti, Paul Sporken (Hg): Lexikon Medizin Ethik Recht. Freiburg 1989, Sp. 1184f.

140 Albin Exer, Markus von Lutterotti, Paul Sporken (Hg): Lexikon Medizin Ethik Recht. Freiburg 1989, Sp. 1186.



Zur Todesfeststellung, den Todeskriterien und dem Todeszeitpunkt heißt es:<sup>141</sup>

*Unter Tod versteht man medizinisch den irreversiblen Stillstand von Kreislauf und Atmung, verbunden mit dem Aufhören der Tätigkeit des Zentralnervensystems; ihm folgt das Absterben aller Zellen des Organismus. Die traditionelle und in der Regel ausreichende Feststellung des Todes besteht in der Untersuchung des Arztes, ob - und gegebenenfalls seit wann - Herz- und Kreislauffunktion erloschen sind, Wiederbelebungsmaßnahmen entweder sinnlos wären oder erfolglos waren oder ob sogar die Kriterien eines schon länger bestehenden Todes vorliegen (vgl. den gerichtsmedizinischen Beitrag). Die gelegentlich zu hörende Aussage, daß ein „klinisch Toter“ durch Behandlungsmaßnahmen überlebt habe, ist daher in dieser Form falsch, da der eingetretene Tod des Menschen definitionsgemäß irreversibel, unumkehrbar, ist; gemeint ist oben lediglich, daß bei einem Patienten ein nur kurzdauernder, noch nicht tödlicher Atem- und/oder Kreislaufstillstand behoben werden konnte.*

Zur Feststellung des Hirntodes heißt es:<sup>142</sup>

*Die Feststellung des Hirntodes kann nur klinisch erfolgen, da ein umfangreicher Kriterienkatalog erfüllt werden muß. Unter künstlicher Beatmung - und ausschließlich unter dieser spezifischen Bedingung hat die Hirntodfeststellung Relevanz - fehlen nämlich die traditionellen Todeszeichen bzw. Todeskriterien teilweise, vor allem fehlen Herz- und Kreislaufstillstand. Dies beruht darauf, daß zwar im Schädelinneren die Funktion des autonom-automatischen Atemzentrums des Hirnstammes beim Hirntod erlischt, außerhalb des Schädels jedoch das autonome Erregungszentrum des Herzens im rechten Vorhof durch die künstliche Beatmung genügend Sauerstoff zum Überleben erhält und daher weiterarbeitet. Hirntod und späteres Erlöschen des Kreislaufs sind also dissoziiert.*

*Zur Feststellung des Hirntodes wurden seit 1959 mehrere Listen von Kriterien formuliert, so von der Harvard Medical School (Beecher 1968) und vielen medizinischen Gesellschaften. Dabei handelt es sich immer um Empfehlungen und nicht um Gesetze; die Beurteilung obliegt im Einzelfall dem Arzt.*

Zur irrigen Todesfeststellung heißt es:<sup>143</sup>

*Bei der üblichen Todesfeststellung (aufgrund des Stillstandes von Kreislauf und Atmung) außerhalb von Krankenhäusern (also etwa in der Wohnung oder im Freien) kommen noch heute gelegentlich vorzeitige Todesbescheinigungen bei sog. Scheintod vor. Es ist daher unerlässlich, daß der Arzt als Leichenschauer eine genaue Kenntnis der einzelnen Todeskriterien besitzt.*

Im „Psyhyrembel“ (1990) heißt es zum Hirntod:<sup>144</sup>

*Tod des Individuums durch Organtod des Gehirns (vgl. Todeszeitpunkt); irreversibler Ausfall aller Hirnfunktionen bei evtl. noch aufrechterhaltener Kreislauffunktion. ... Die Feststellung des H. ist eine der notwendigen Voraussetzungen für die Entnahme von Organen zur Transplantation; sie wird von zwei Ärzten unabhängig voneinander durchgeführt, die nicht Mitglieder des Transplantationsteams sein dürfen.*

Im „Lexikon für Jedermann. Medizin“ (1990) heißt es zur Leichenschau kurz und prägnant:<sup>145</sup>

*Leichenschau, die Feststellung des Todes und der Todesursache durch einen Arzt.*

141 Albin Exer, Markus von Lutterotti, Paul Sporken (Hg): Lexikon Medizin Ethik Recht. Freiburg 1989, Sp. 1187f.

142 Albin Exer, Markus von Lutterotti, Paul Sporken (Hg): Lexikon Medizin Ethik Recht. Freiburg 1989, Sp. 1194.

143 Albin Exer, Markus von Lutterotti, Paul Sporken (Hg): Lexikon Medizin Ethik Recht. Freiburg 1989, Sp. 1191.

144 Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch mit klinischen Syndromen und Nomina Anatomica. Berlin 1990, 700.

145 Georg A. Narciß: Lexikon für Jedermann. Medizin. Stuttgart 1990, 308.



Im „Wörterbuch der Medizin“ (1992) heißt es zur Leichenschau:<sup>146</sup>

*Besichtigung u. Untersuchung einer menschl. Leiche durch einen Arzt zwecks Feststellung des eingetretenen Todes, der Todesursache u. der Todeszeit.*

Im „Roche Lexikon Medizin“ (1993) heißt es zur Leichenschau:<sup>147</sup>

*Besichtigung (= äußere L.) der unbekleideten menschl. Leiche (einschließlich der Ausstellung der entsprechenden schriftl. Bescheinigung = Leichenschein als Todesfallurkunde) durch einen Arzt zur Feststellung des Todes, der Todesart u. möglichst der Todesursache. - Bei ungeklärtem oder gewaltsamem Tod »richterliche L.« oder aber Obduktion (= innere L.).*

Im „Lexikon der Rechtsmedizin“ (1993) heißt es zur Leichenschau:<sup>148</sup>

*Leichenschau: ärztliche Tätigkeit zur Feststellung des Todes (Todesfeststellung), der Todeszeit (Todeszeitschätzung), der Todesart und der Todesursache. Leichenschauarzt hat Leiche unverzüglich zu besichtigen und zu untersuchen und anschließend den Totenschein bzw. die Todesbescheinigung auszufüllen. Besondere Sorgfaltspflicht erfordert L. bei Anhaltspunkten für einen nichtnatürlichen Tod, nichtaufgeklärte Todesart und bei unbekannten Toten. Ist ein natürlicher Tod nicht zweifelsfrei feststellbar, muß der bestehenbleibende Verdacht auf einen nichtnatürlichen Tod anderweitig ausgeräumt oder bestätigt werden, 2. B. durch eine Leichenöffnung einschließlich entsprechender Zusatzuntersuchungen. Leichenschauarzt hat nach einigen Bestattungsgesetzen, Recht und Pflicht, zur genauen Feststellung der Todesursache geeignete Ermittlungen selbst am Ereignisort sowie bei Angehörigen, Nachbarn, Hausbewohnern, Pflegepersonal anzustellen.*

Zur Leichenschauordnung heißt es:<sup>149</sup>

*Die Anordnung zur obligatorischen ärztlichen Leichenschau ist in den Bestattungsgesetzen und den hierin ergangenen Verordnungen der jeweiligen Länder geregelt. In der geplanten Neufassung des Niedersächsischen Gesetzes über das Leichen- und Bestattungswesen, das Vorbild der entsprechenden Regelung des geplanten bundeseinheitlichen Leichenschaugesetzes sein könnte, ist hierzu ausgeführt:*

Obwohl seit dem Erscheinen dieses Lexikon über 30 Jahre vergangen sind, gibt es bis heute (2024) kein bundeseinheitliches Leichenschaugesetz, was die Bestatter sehr bedauern.<sup>150</sup>

Zum Leichenschauarzt heißt es:<sup>151</sup>

*Leichenschauarzt: die obligatorische allgemeine Leichenschau für jeden Todesfall ist in den Bestattungsgesetzen der einzelnen Bundesländer und den dazu ergangenen Durchführungsverordnungen geregelt. Danach ist die Durchführung der Leichenschau ausschließlich Ärzten erlaubt (Ausnahme einige Inseln in Schleswig-Holstein). Zum Teil besteht eine öffentlich-rechtliche persönliche Pflicht zur Durchführung der Leichenschau für jeden niedergelassenen Arzt und für Krankenhaus- und Anstaltsärzte sowie für beamtete Ärzte des zuständigen Gesundheitsamtes; berechtigt zur Leichenschau ist jeder Arzt, aber auch der Arzt im Praktikum bei entsprechendem Ausbildungsstand. Zu den Aufgaben des Leichenschauarztes gehören die Feststellung des eingetretenen Todes, des Todeszeitpunktes, der Personalien des Verstorbenen, der Todesart, ob natürlicher oder nichtnatürlicher Tod vorliegt, und die Feststellung der Todesursache.*

146 Maxim Zetkin, Herbert Schaldach: Wörterbuch der Medizin. 15. Auflage. Berlin 1992, 1218.

147 Roche Lexikon Medizin. 3. Auflage. München 1993, 976.

148 Horst Hunger, Wolfgang Dürwald, Hans Dieter Tröger (Hg.): Lexikon der Rechtsmedizin. Leipzig 1993, 174.

149 Horst Hunger, Wolfgang Dürwald, Hans Dieter Tröger (Hg.): Lexikon der Rechtsmedizin. Leipzig 1993, 177.

150 Roman Länger: Probleme der ärztlichen Leichenschau. (24.10.2019)

<https://bestatterdeutschland.de/aktuelles/nachrichten/probleme-der-aerztlichen-leichenschau-205>

151 Horst Hunger, Wolfgang Dürwald, Hans Dieter Tröger (Hg.): Lexikon der Rechtsmedizin. Leipzig 1993, 177.

Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass es für die Durchführung einer ordnungsgemäßen Leichenschau eines „entsprechenden Ausbildungsstandes“ bedarf. Indirekt wird damit auf die Bemühungen der Ärzte in der 2. Hälfte des 19. Jh. angespielt, daß nur approbierte Ärzte eine Leichenschau durchführen dürfen.

Zum Leichenschauschein heißt es:<sup>152</sup>

*Leichenschauschein: die Dokumentation der Leichenschau durch den Leichenschauarzt erfolgt im Leichenschauschein (Totenschein/Todesbescheinigung) nach amtlichem Muster. Rechtsgrundlage sind die landesrechtlichen Durchführungsverordnungen zu den Bestattungsgesetzen. Der Leichenschauschein besteht aus einem vertraulichen und einem nichtvertraulichen Teil, vom vertraulichen Teil sind Durchschriften zu fertigen. Die Todesbescheinigung ist mit Durchschriften demjenigen auszuhändigen, der die Leichenschau veranlaßt hat. Von diesem ist der verschlossene Leichenschauschein dem Standesamt zur Beurkundung des Sterbefalles zuzuleiten, dieses leitet den verschlossenen Leichenschauschein an das zuständige Gesundheitsamt weiter, dort wird der vertrauliche Teil vom Amtsarzt eingesehen, und es erfolgt die Verschlüsselung der Todesursache ICD und anonymisierte Weitergabe an die entsprechende Landesbehörde als Grundlage der amtlichen Todesursachenstatistik. Der Leichenschauschein selbst wird in dem für den Sterbeort zuständigen Gesundheitsamt endgültig aufbewahrt.*

Zur Todesfeststellung heißt es:<sup>153</sup>

*Sie erfolgt entweder im Rahmen der Leichenschau im Sinne der klassischen Todesdefinition (irreversibler Stillstand von Herz und Kreislauf) durch den Nachweis von mindestens einem sicheren Todeszeichen oder durch die Feststellung des Hirntodes bei solchen Patienten, die wegen fehlender Spontanatmung künstlich beatmet werden, und deswegen die vor dem Abbruch der Behandlungsmaßnahmen oder vor der Entnahme von Organen (Transplantation) erforderliche sichere Feststellung des Individualtodes mit der klassischen Methode nicht möglich ist.*

Im „Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch“ (1994) heißt es über den Hirntod:<sup>154</sup>

*Tod des Individuums durch Organtod des Gehirns; irreversibler Ausfall aller Hirnfunktionen bei evtl. noch aufrechterhaltener Kreislauffunktion; Die Feststellung des H. ist eine der notwendigen Voraussetzungen für die Entnahme von Organen zur Transplantation; sie wird von zwei Ärzten unabhängig voneinander durchgeführt, die nicht Mitglieder des Transplantationsteams sein dürfen.*

In „Rechtsmedizin systematisch“ (1997) heißt es über den Todeszeitpunkt:<sup>155</sup>

*Rechtlich definiert die Feststellung des Hirntodes dann den Todeszeitpunkt, auch wenn der tatsächliche Hirntod bereits früher eingetreten sein muß. "Der Tod" ist rechtlich der Hirntod*

152 Horst Hunger, Wolfgang Dürwald, Hans Dieter Tröger (Hg.): Lexikon der Rechtsmedizin. Leipzig 1993, 177f.

153 Horst Hunger, Wolfgang Dürwald, Hans Dieter Tröger (Hg.): Lexikon der Rechtsmedizin. Leipzig 1993, 273.

154 Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch. 257. Auflage. Berlin 1994, 640.

155 Penning, Randolph: Rechtsmedizin systematisch. Bremen 1997, 15.

Im Weiteren sind zunächst Totenflecken, Totenstarre und Leichenfäulnis als gängige sichere Todeszeichen genannt. Des weiteren heißt es:<sup>156</sup>

*Darüber hinaus berechtigen nach rechtsmedizinischer Auffassung drei weitere Kriterien zur sicheren Todesfeststellung:*

- *festgestellter Hirntod*
- *nicht überlebbarer Verletzung (z.B. Enthirnung, Dekapitation o.ä.)*
- *erfolglose, suffizient durchgeführte Reanimationsmaßnahmen von hinreichender Dauer (zumeist mindestens 30 Minuten)*

Auf Seite 41 heißt es: „Die ärztliche Leichenschau dient zunächst der sicheren Todesfeststellung.“ Es hat seit Ende des 19. Jh. ausschließlich ein Arzt die Leichenschau durchzuführen. Daher ist „ärztliche Leichenschau“ im 20. Jh. ein Pleonasmus, ein Überfluss.

Im „PfleLexikon“ (1999) heißt es zur Leichenschau:<sup>157</sup>

*Leichenschau: äußere Untersuchung der Leiche zur Feststellung des Todes, der Todesart, der Todesursache u. des Todeszeitpunktes unabhängig vom Vorliegen des Verdachtes auf eine nicht natürl. Todesursache. Die Verpflichtung zur ärztl. L. bestimmt sich nach den jeweiligen Landesgesetzen bzw. Landesverordnungen.*

Über den Tod heißt es:<sup>158</sup>

*Unter T. versteht man med. den irreversiblen Stillstand von Kreislauf u. Atmung, verbunden mit dem Aufhören der Tätigkeit des Zentralnervensystems: ihm folgt das Absterben aller Zellen des Organismus. ... Als maßgebl. ist heute in fast allen Ländern der Hirntod, d.h. der irreversible u. vollständige Funktionsausfall des Gesamthirns (Großhirn u. Hirnstamm) anerkannt. Nach den von der Medizin erarbeiteten Kriterien gilt der Mensch als tot, wenn die Funktionen des Gesamthirns endgültig aufgehoben sind. T. bedeutet also letztl. Hirntod, eine Definition, die nicht nur für die Intensivmedizin Gültigkeit hat, sondern auch vom Recht anerkannt ist u. etn. vertretbar ist. Der irreversible Funktionsausfall des Hirns bewirkt näml., daß die Integration u. Steuerung der Leib-Seele-Einheit (Dualismus, Leib u. Weltseele) des Organismus aufhört u. der Individualtod eintritt. Die Feststellung des vollständigen u. irreversiblen Zusammenbruchs aller Gehirnfunktionen bei künstl. aufrechterhaltenem Kreislauf ist dabei an einen umfangreichen Kriterienkatalog gebunden. Da die Individualität des Menschen an die intakte Funktion des Gehirns gebunden ist, erscheint es med., eth. u. jurist. folgerichtig, einen Menschen mit irreversibel erloschenen Hirnfunktionen auch dann schon als tot zu diagnostizieren, wenn biol. - außer im Gehirn - noch nicht alle Organfunktionen in ihm erloschen sind. Spätestens mit dem Hirntod endet die ärztl. Behandlungspflicht.*

156 Penning, Randolph: Rechtsmedizin systematisch. Bremen 1997, 16,

157 Jürgen Georg, Michael Frowein (Hg.): PfleLexikon. Wiesbaden 1999, 509.

158 Jürgen Georg, Michael Frowein (Hg.): PfleLexikon. Wiesbaden 1999, 865.

## 1.4 Todesverständnis im 21. Jh.

In „Reader's Digest“ (2000) heißt es zum Tod:<sup>159</sup>

*Tod, das Erlöschen des individuellen Lebens eines Organismus, dem alles Lebendige ausgesetzt ist. ... Bei anderen mit wiederholter Vermehrungsfähigkeit (z.B. Bäume, die meisten Säugetiere einschl. des Menschen) setzt der natürliche T. nach Ablauf langer Zeitspannen ein, dem immer ein Absterben wichtiger Organfunktionen vorausgeht (dementspr. Atmungs-, Herz-, Gehirntod).*

Im „Lexikon Medizin“ (2000) heißt es zur Leichenschau:<sup>160</sup>

*Besichtigung (= äußere L.) der unbekleideten menschl. Leiche (einschließlich der Ausstellung der entsprechenden schriftl. Bescheinigung = Leichenschein als Todesfallurkunde) durch einen Arzt zur Feststellung des Todes, der Todesart u. möglichst der Todesursache. - Bei ungeklärtem oder gewaltsamem Tod »richterliche L.« oder aber Obduktion (= innere L.).*

Im „Deutschen Rechts-Lexikon“ (2001) heißt es zum Todeszeitpunkt:<sup>161</sup>

*Todeszeitpunkt (Erbrecht). Anders als der Zeitpunkt des Beginns der Rechtsfähigkeit (§ 1 BGB) ist der Zeitpunkt, an dem der Tod eintritt, gesetzlich nicht näher bestimmt worden. Im Regelfall ist der endgültige Stillstand von Atmung und Kreislauf als T. anzusehen. Problematisch sind die Fälle, in denen Atmung und Kreislauf durch Intensivtherapie künstlich aufrecht erhalten werden. Hier wird man als T. ebenso wie im Bereich des Strafrechts (Todeszeitpunkt im strafrechtlichen Sinne) den sog. Hirntod ansehen müssen, wenn dieser vor dem Herz-Kreislauf-Stillstand eingetreten ist.*

Zur Todeserklärung heißt es darin:<sup>162</sup>

*Der Tod eines Menschen - oft sogar der genaue Todeszeitpunkt - sind von entscheidender rechtlicher Bedeutung (Anfall der Erbschaft, — Erbfähigkeit, — Erbfolge, usw). Deswegen wird der Tod idR durch eine Sterbeurkunde belegt. Ist der Tod nicht nachweisbar, aber wegen Verschollenheit des Betroffenen wahrscheinlich, kann dieser durch T. im Aufgebotsverfahren für tot erklärt werden (Verschollenheitsgesetz — VerschG — vom 15. 1. 1951, BGBl IS 63, zuletzt geändert durch Art 14 § 11 KindRG vom 18. 12. 1997, BGBl IS 2942).*

Im „Lexikon der Notfallmedizin“ (2002) heißt es zur Todesfeststellung:<sup>163</sup>

*Die Todesfeststellung erfolgt anhand dem Vorliegen sogenannter sicherer Todeszeichen (Totenflecke, Totenstarre, Fäulnis und Verwesung). Im Rahmen der Beendigung durchgeführter Reanimationsmaßnahmen kann der Tod nach hinreichend langer, suffizienter, jedoch erfolglos durchgeführter Reanimation festgestellt werden. In der Klinik besteht zusätzlich die Möglichkeit der Feststellung des Hirntodes nach einem bundesweit festgelegten Protokoll.*

159 Reader's Digest: Universallexikon. Bd.17. München 2000, 127.

160 Lexikon-Redaktion: Lexikon Medizin. 3. Auflage. München 2000, 976.

161 Horst Tilch, Frank Arloth (Hg.): Deutsches Rechts-Lexikon. 3. Auflage. Bd. 3. München 2001, 4173.

162 Horst Tilch, Frank Arloth (Hg.): Deutsches Rechts-Lexikon. 3. Auflage. Bd. 3. München 2001, 4171.

163 Andreas Thierbach (Hg.): Lexikon der Notfallmedizin. Berlin 2002, 439.

Im „Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch“ (2002) heißt es zum Hirntod:<sup>164</sup>

*Tod des Individuums durch Organtod des Gehirns; irreversibler Ausfall aller Hirnfunktionen bei evtl. noch aufrechterhaltener Kreislauffunktion u. Atmung;*

Es gibt keine Hirntoten mit Spontanatmung. Das ist ein Paradoxon.<sup>165</sup>

Im „Roche Lexikon Medizin“ (2003) heißt es zur Leichenschau:<sup>166</sup>

*Besichtigung (=äußere L.) der unbekleideten menschl. Leiche (einschließlich der Ausstellung der entsprechenden schriftl. Bescheinigung = Leichenschein als Todesfallurkunde) durch einen Arzt zur Feststellung des Todes, der Todesart u. möglichst der Todesursache. - Bei ungeklärtem oder gewaltsamem Tod »richterliche L.« oder aber Obduktion (= innere L.).*

Im „Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch“ (2004) heißt es zum Hirntod:<sup>167</sup>

*Tod des Individuums durch Organtod des Gehirns; Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, Kleinhirns u. Hirnstamms bei durch kontrollierte Beatmung noch aufrechterhaltener Herz- u. Kreislauffunktion;*

Im „Lexikon Medizin und Recht“ (2005) heißt es zum Hirntod:<sup>168</sup>

*Nach der Begriffsbestimmung der Bundesärztekammer der Ausfall des Gesamthirns (a. A. bereits der Ausfall des Großhirns). Nach der h.M. innerhalb der juristischen Lehre ist der H. der für das Strafrecht maßgebliche Todeszeitpunkt. Der Schutzbereich der Delikte gegen das Leben (> Totschlag usw.) endet somit mit dem Hirntod eines Menschen. Gem. §3 Abs.2 TPG ist der H. auch Voraussetzung der —Transplantation vom toten Spender. Die empirische Feststellung des H.es wurde diesbezüglich dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft überlassen. Der H. ist von der medizinischen Wissenschaft definiert als der endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion von Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm (Gesamthirntod).*

Zur Leiche heißt es darin:<sup>169</sup>

*Körper des verstorbenen oder tot geborenen Menschen. Der strafrechtliche Schutz wird durch 8168 StGB, —>Störung der Totenruhe, gewährleistet.*

Zum Totenschein heißt es darin:<sup>170</sup>

*Auch Leichenschauschein; ärztliche Dokumentation der Leichenschau durch den durchführenden Arzt. Der T. wird nach den landesrechtlichen Bestattungsvorschriften nach amtlichem Muster erstellt.*

In Meyers Großes Taschenlexikon (2006) ist über das Gehirn zu lesen:<sup>171</sup>

*Das G. des Menschen ist ein hoch empfindl. Organ mit einem mittleren Gewicht von 1.245 g (Frauen) bzw. 1.375 g (Männer); es bildet zusammen mit dem Rückenmark das Zentralnervensystem. Das G. ist Zentrum für alle Sinnesempfindungen und Willkürhandlungen, Sitz des Bewusstseins, Gedächtnisses und aller geistigen und seel. Leistungen.*

164 Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch. Berlin 2002, 701.

165 Vorhandene Spontanatmung widerlegt den Hirntod. Der Ausfall der Spontanatmung wird bei jeder Hirntoddiagnostik überprüft. Dabei wird der Patient vom Beatmungsgerät getrennt, bis der CO<sub>2</sub>-Wert auf 60 mmHg oder höher angestiegen ist. Dabei darf keine Atembewegung erkennbar sein.

166 Roche Lexikon Medizin. 5. Auflage. München 2003, 1088.

167 Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch. 260. Auflage. Berlin 2004, 767.

168 Hans Lilie, Joachim Radke: Lexikon Medizin und Recht. Juristische Fachbegriffe für Mediziner. Stuttgart 2005, 84.

169 Hans Lilie, Joachim Radke: Lexikon Medizin und Recht. Juristische Fachbegriffe für Mediziner. Stuttgart 2005, 100.

170 Hans Lilie, Joachim Radke: Lexikon Medizin und Recht. Juristische Fachbegriffe für Mediziner. Stuttgart 2005, 165.

171 Meyers Großes Taschenlexikon. 10. Aufl. Mannheim 2006. 24 Bände. Bd.8 (2006), 2533.



Im „Brockhaus“ (2006) heißt es zum Leichnam<sup>172</sup>

*Körper eines Menschen, i. w. S. eines Lebewesens, nach dem Eintritt des Todes. solange der Gewebezusammenhang durch Fäulnis und Verwesung noch nicht vollständig aufgehoben ist. Die kennzeichnenden Veränderungen werden durch das Erliegen des Stoffwechsels und sich anschließende Zersetzungserscheinungen hervorgerufen; sie sind Anhaltspunkte zur sicheren Feststellung des Todes und ggf. auch des Todeszeitpunktes.*

Zum Tod heißt es darin:<sup>173</sup>

*Zustand eines Organismus nach dem irreversiblen Ausfall der Lebensfunktionen. Als Abschluss eines Alterungsprozesses, dem jedes Lebewesen von Geburt an unterworfen ist, ist der T. genetisch programmiert und somit ein in der organ. Verfassung des Lebens begründetes biolog. Ereignis; nur Einzeller besitzen eine potenzielle Unsterblichkeit, da ihre Zellteilungen unter geeigneten Bedingungen auch über Tausende von Generationen keine Alterungsvorgänge erkennen lassen. ... Neben der naturwiss. Definition des T. als irreversibler Stillstand aller lebenserhaltenden und lebensbestimmenden Merkmale (zelluläre Organisation, Stoffwechsel und -transport, Wachstum und Differenzierung, Reizbeantwortung, Wahrung der Individualität, Fortpflanzung und Vererbung, Evolution), muss die Kategorie des Geistigen miteinbezogen werden, dessen Verlust im Sterben bes. nachhaltig in Erscheinung tritt. Sterben ist der Übergang vom Leben in den T. Abgesehen von Todesfällen, die durch äußere Gewalteinwirkungen zur plötzl. Vernichtung des Lebens führen, ist Sterben ein allmähl. Übergang mit einem stufenweisen Abbau der Lebensfunktionen mit zunehmendem Mangel an Sauerstoff infolge der abnehmenden Blutzirkulation als wichtigste Ursache. Dabei ist die Überlebenszeit der Organe und Organsysteme bei komplettem Sauerstoffmangel sehr verschieden, sodass Sterben und T. eines Organismus zeitlich voneinander getrennt sind.*

Zur Todesfeststellung heißt es darin:<sup>174</sup>

*Die T.-Feststellung ist immer an das Vorliegen sicherer T.-Zeichen gebunden (Totenstarre, Totenflecke, fortgeschrittene Leichenerscheinungen wie Fäulnis, mit dem Leben nicht zu vereinbarende Körperzerstörung, vergebli. Reanimation von mindestens 30 bis 40 Minuten Dauer, gesichert durch ein Nulllinien-EKG bei Ausschluss einer Unterkühlung). ...*

*Unter Berücksichtigung medizinischer, eth. und jurist. Gesichtspunkte wird der Organ-T. des Gehirns dem T. des Menschen (Individual-T.) gleichgesetzt, da mit dem Erlöschen der Hirnfunktionen die für jedes menschl. Leben unabdingbaren Voraussetzungen entfallen. Der Hirn-T. ist der vollständige und irreversible Ausfall der integrativen Groß- und Stammhirnfunktionen bei nur noch künstlich aufrechterhaltenem Kreislauf. Die Fortführung einer Behandlung nach festgestelltem Hirn-T. ist aussichtslos. Die Feststellung des Hirn-T. erfolgt nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und wird grundsätzlich von zwei Ärzten durchgeführt.*

Zum Hirntod und dem damit beginnenden intermediären Leben heißt es darin:<sup>175</sup>

*Mit dem Hirn-T. ist das Ende des Organismus in seiner funktionellen Ganzheit definiert, wobei nicht gleichzeitig der T. aller Einzelteile vorausgesetzt werden kann. Das Sterben der Einzelzellen ist ein progredienter, organabhängiger Vorgang (Stadium des intermediären Lebens, Supravitalphase), der nach dem Absterben aller Zellen im (absoluten) biologischen T. sein Ende findet.*

Zur Leichenschau heißt es darin:<sup>176</sup>

172 Brockhaus. Enzyklopädie in 30 Bänden. 21. Auflage. Band 16. Mannheim 2006, 544.

173 Brockhaus. Enzyklopädie in 30 Bänden. 21. Auflage. Band 27. Mannheim 2006, 499.

174 Brockhaus. Enzyklopädie in 30 Bänden. 21. Auflage. Band 27. Mannheim 2006, 499.

175 Brockhaus. Enzyklopädie in 30 Bänden. 21. Auflage. Band 12. Mannheim 2006, 499.

176 Brockhaus. Enzyklopädie in 30 Bänden. 21. Auflage. Band 12. Mannheim 2006, 500.

*Im Zusammenhang mit der Leichenschau und der Pflicht zur Ausfüllung des Totenscheins ist der Arzt verpflichtet, den natürl. T. vom unnatürl. T. zu unterscheiden.*

In Meyers Großes Taschenlexikon (2006) heißt es über den Tod:

*Zustand eines Organismus nach dem irreversiblen Ausfall der Lebensfunktionen. ...*

Im „Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch“ (2007) heißt es zum Hirntod:<sup>177</sup>

*Tod\* des Individuums durch Organtod des Gehirns; Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, Kleinhirns u. Hirnstamms bei durch kontrollierte Beatmung noch aufrechterhaltener Herz- u. Kreislau ffunktion; ... Ein Zirkulationsstillstand innerh. der Gehirngefä ße (bei zuvor eindeutigem Zirkulationsnachweis) kann durch Doppler-Sonographie nachgewiesen werden u. beweist dann ebenfalls den H. {No-flow- Phänomen}; Angiographie u. Perfusionsszintigraphie haben in dieser Indikation an Bedeutung verloren. Die Feststellung des H. ist nach dem Transplantationsgesetz eine der notwendigen Voraussetzungen für die Organentnahme zur Transplantation beim toten Spender. Sie ist grundsätzl. von 2 dafür qualifizierten Ärzten unabhängig voneinander durchzuführen, die nicht Mitglieder des Transplantationsteams sein dürfen.*

Im „Psyhyrembel Pflege“ (2007) heißt es zur Leichenschau:<sup>178</sup>

*Leichenschau: (engl.) autopsy; vollständige äußerliche ärztliche Untersuchung der entkleideten Leiche bei guter Beleuchtung zur Feststellung des Todes\*, des Todeszeitpunkts, der Todesursache und der Todesart; das Ergebnis der Untersuchung hat der Arzt in eine Todesbescheinigung einzutragen. Ist jemand eines nichtnatürlichen Todes gestorben, so wird die Staatsanwaltschaft eingeschaltet, die i.d.R. eine Leichenöffnung vornehmen lässt (sog. Sektion oder innere Leichenschau).*

Zum Tod heißt es darin:<sup>179</sup>

*Ende des Lebens eines Menschen; medizinisch beschrieben als nicht rückgängig zu machender (irreversibler) Funktionsverlust des Atmungs-, Kreislauf- und Zentralnervensystems; Einteilung: 1. klinischer Tod: Kreislaufstillstand mit Fehlen von Karotispuls und Atmung, maximaler Pupillenerweiterung und blau-roter (zyanotischer) Verfärbung von Haar und Schleimhäuten {unsichere Todeszeichen\*}; es besteht eine zeitlich begrenzte Möglichkeit zur Reanimation. 2. biologischer Tod: Erlöschen sämtlicher Organ-, Zell- und Körperfunktionen mit dem Vorhandensein sicherer Todeszeichen; 3. dissoziierter Tod: auch Hirntod, d.h. Ausfall jeglicher messbarer Hirnfunktion bei evtl. noch aufrechterhaltener Kreislau ffunktion und Atmung; 4. Scheintod: Zustand tiefer Bewusstlosigkeit mit klinisch nicht oder kaum nachweisbaren Lebenszeichen, jedoch ohne sichere Todeszeichen; im Elektrokardiogramm {s. EKG} oder Elektroenzephalogramm (s. EEG) ist elektrische Aktivität nachweisbar. Minimale Ventilation und Durchblutung sind ausreichend, um den Mindestgrundumsatz der Zellen zu gewährleisten. Bei Einsetzen der Atmung (spontan oder induziert) ist in Abhängigkeit von der Wiederbelebungszeit vollständige Erholung des Scheintoten möglich. Scheintod tritt z.B. durch Schlafmittel- oder Kohlenmonoxidvergiftung, starke Unterkühlung, Blitzschlag oder Starkstromunfall auf. ... Hinweis: Im Verlauf der zunehmenden medizinischen Entwicklung hat der Todesbegriff eine grundlegende Wandlung erfahren. Heute wird der Zeitpunkt des Todes mit dem Hirntod gleichgesetzt. Kritiker halten diese Definition für willkürlich und gehen davon aus, dass ein hirntoter Mensch ein Sterbender, aber kein Toter ist. Aus diesem Grund werden von ihnen z.B. auch Organentnahmen zu Transplantationszwecken abgelehnt.*

177 Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch 261. Auflage. Berlin 2007, 811.

178 Psyhyrembel Pflege. 2. Auflage. Berlin 2007, 483.

179 Psyhyrembel Pflege. 2. Auflage. Berlin 2007, 740.

Zum Hirntod heißt es darin:<sup>180</sup>

*Tod“ des Individuums durch Organtod des Gehirns; Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, Kleinhirns und Hirnstamms bei durch kontrollierter Beatmung noch aufrechterhaltener Herz- und Kreislau ffunktion; ... Die Feststellung des Hirntods ist nach dem Transplantationsgesetz eine der notwendigen Voraussetzungen für die Organentnahme zur Transplantation beim toten Spender und ist grundsätzlich von 2 dafür qualifizierten Ärzten unabhängig voneinander durchzuführen, die nicht Mitglieder des Transplantationsteams sein dürfen. Vgl. Todeszeichen.*

Im „Medizinrecht“ (2008) heißt es zur Behandlung von Hirntoten:<sup>181</sup>

*Die Intensivbehandlung wird beendet, wenn es dem Patienten besser geht. Unter den besonderen Voraussetzungen des Hirntodes darf der Arzt sie so beenden, dass er zum Nachteil des Kranken die lebenserhaltende Maschine abstellt (vgl. unten 5.). Die Verpflichtung, den Patienten danach weiterzubehandeln, ist mit dem Hirntod erloschen.*

Zum „Erlanger Baby“ heißt es darin:<sup>182</sup>

*Ein besonderes Problem stellt die Schwangerschaft im Bereich der Intensivbehandlung dar, dann nämlich, wenn die Patientin wegen eingetretenen Hirntodes oder aus anderen Gründen nicht zu retten ist. Das ist in dem bedauerlichen Fall des sog. „Erlanger Babys“ deutlich geworden. Eine 18-jährige Frau war bei einem Autounfall schwer verletzt worden. Es bestand eine massive Hirnverletzung mit sehr schlechter Prognose. Die Patientin war zu Beginn des vierten Monats schwanger; ein Hinweis für eine Verletzung von Uterus oder Foetus lag nicht vor. Nach drei Tagen war der Hirntod der Patientin eingetreten. Jedoch erwies sich die Schwangerschaft bei einer erneuten sonographischen Untersuchung als intakt. In den fünf nachfolgenden Behandlungswochen wurde Kreislaufstabilität erzielt. Es wurde alles getan, um die Schwangerschaft aufrechtzuerhalten, darunter die Anlage eines Luftröhrenschnitts bei der Mutter, die Entfernung des durch die Infektion bedrohten linken Auges, die Neufixierung eines Oberarmbruchs sowie andere medizinische Maßnahmen. Nach Ende von fünf Wochen traten Temperaturen auf, die wahrscheinlich auf entzündliche Lungenveränderungen zurückzuführen waren. Es folgte ein Spontanabort. Mit Zustimmung der Eltern der Patientin, die zwischenzeitlich vom Gericht zu Betreuern ihrer verstorbenen Tochter bestellt worden waren, wurde die Beatmung eingestellt.“ Das Vorgehen der behandelnden Ärzte ist in der Literatur überwiegend auf Kritik gestoßen. Grundsätzlich wird man der Kritik an dem Erlanger Vorgehen zustimmen müssen: Die Behandlung der hirntoten Frau als „Gebär-Umwelt“ verstößt gegen die Würde und das Persönlichkeitsrecht der Frau, freilich nur postmortal und daher tendenziell wohl abgeschwächt. Daher können Maßnahmen wie die in Erlangen praktizierten nur dann als gerechtfertigt angesehen werden, wenn die Frau bei Lebzeiten ihre Zustimmung erteilt hat oder es sich um eine Schwangerschaft im deutlich fortgeschrittenen Stadium handelt, so dass das Lebensrecht des Kindes deutlich überwiegt (§ 34 StGB).*

Zum Hirntod heißt es darin:<sup>183</sup>

*Jahrhundertlang ist als Tod der Herz-Kreislauf-Tod angesehen worden. Mit dem Zusammenbruch des Kreislaufs und der Beendigung des Herzschlags war die menschliche Existenz vernichtet. Durch die moderne maschinelle Medizin, insbesondere mittels Infusionen, Beatmungsgeräten und Herz-Lungen-Maschinen, ist man jedoch inzwischen in der Lage, nicht nur kurzfristig den Stillstand des Herzens zu überbrücken, sondern auch Atemlähmungen und andere Nichtfunktionen sowie Unterversorgungen für lange Zeit maschinell zu ersetzen,*

180 Pschyrembel Pflege. 2. Auflage. Berlin 2007, 376.

181 Erwin Deutsch, Andreas Spickhoff: Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinproduktrecht und Transfusionsrecht. Heidelberg 2008, RN 666.

182 Erwin Deutsch, Andreas Spickhoff: Medizinrecht. Heidelberg 2008, RN 668.

183 Erwin Deutsch, Andreas Spickhoff: Medizinrecht. Heidelberg 2008, RN 710.

*Angesichts der Möglichkeit, einen Hirngeschädigten, Atemgelähmten usw. für viele Monate mittels Apparaten am Leben zu erhalten, stellt sich die Frage, ob und wann der Arzt zum Entzug der maschinellen Unterstützung berechtigt ist. Man kann auf diese Frage eine normative und eine faktische Antwort geben. Die normative wurde vom ad-hoc-committee der Harvard University formuliert, das unter Vorsitz von Beecher im Jahre 1968 die Kriterien für das sog. irreversible Koma entwickelt hat. Wenn das irreversible Koma feststand, so sollte der Arzt berechtigt sein, die Intensivmaßnahmen zu beenden und gegebenenfalls Explantationen von Organen vorzunehmen. Angesichts der Zweifel an dem Wort „Hirntod“ hat man vorgeschlagen, diesen Begriff fallenzulassen und ihn durch „Coma egressum“ als irreversibles Hirnversagen zu ersetzen.*

Noch im 19. Jh. sah man jemand für tot an, der sich nicht mehr bewegte oder der kalt war. - Nicht durch die Herz-Lungen-Maschine, sondern durch die künstliche Beatmung wurden Hirntote geschaffen.

Weiter heißt es zum Hirntod:<sup>184</sup>

*In Europa, insbesondere in der deutschen Strafrechtswissenschaft, hat man oft statt einer normativen eine faktische Antwort gegeben. Dort, aber auch in den anderen Rechtsgebieten, wird mittlerweile als Tod nicht mehr der Herz- und Kreislauftod, sondern der Hirntod angesehen. Durch eine Umdefinierung des Todesbegriffs hat man die Möglichkeit einer Abschaltung der Beatmungsgeräte und der Transplantation geschaffen. Der Hirntod ist damit offenbar ein monofunktionaler Begriff, bezogen auf die Abschaltung und Explantation. Allerdings wurde durch die neue Todesdefinition für weitere Rechtsbereiche eine sekundäre Problematik geschaffen, nämlich für solche Gebiete, die, wie das Zivilrecht, das Versicherungsrecht usw. gleichfalls mit dem Todesbegriff arbeiten. Den Begriff des Hirntods zu verwenden, ist auch nur möglich, solange nicht Hirngewebe, also lebende Hirnzellen, verpflanzt werden sollen. Da dies neuerdings bei Versuchen mit der Transplantation foetaler Hirnzellen geschehen soll, ist man insoweit wieder auf den Herz-Kreislauf-Tod angewiesen. ... In der Zwischenzeit ist man in der Lehre (und ebenso in § 3 TPG) dazu übergegangen, auch die verbliebenen Restfunktionen des Hirns beim Anencephalus genügen zu lassen, so dass von einem von vornherein Toten nicht mehr gesprochen werden soll, Freilich hat man sich mit einer solchen Definition wieder von der eigentlichen Wurzel des Hirntodkriteriums entfernt, da sie bzw. die entsprechenden Funktionen nicht die Persönlichkeit eines Menschen ausmacht.*

Der Tod wurde nicht umdefiniert, wie es schon Hans Jonas vorgab, sondern durch den Hirntod präzisiert. - Wenn einzelne lebende Hirnzellen transplantiert werden, erfolgt damit keine Transplantation des Individuums – Das Hirntodkonzept wurde 1968 nicht monofunktional, sondern bifunktional geschaffen, ist aber ursprünglich monofunktional (Beendigung der Therapie). - Anenzephalie hat verschiedene Ausprägungen. Daher muss dieses Thema sehr differenziert betrachtet werden.

Zum Tod und Hirntod heißt es weiter:<sup>185</sup>

*„Tod“ ist ein rechtlicher Begriff, dessen Inhalt nicht einfach aus der Medizin übernommen werden kann. Einem solchen Transfer steht entgegen, dass der Todesbegriff in verschiedenen Rechtsgebieten unterschiedliche Aufgaben erfüllt. So ist er Voraussetzung des Erbrechts, löst die Erbschaftssteuer aus, beendet familienrechtliche Beziehungen, beschließt das Dienstverhältnis, mit ihm endet der Versicherungsschutz und beginnt die Rentenzahlung an Hinterbliebene. Wichtig, ja bisweilen notwendig kann die Feststellung eines genauen Todeszeitpunkts sein. Nun ist der Tod ein Prozeß - er tritt nicht mit Gewißheit in einem bestimmten Moment ein, sondern reicht von Einschränkungen der Handlungsfähigkeit bis zum*

184 Erwin Deutsch, Andreas Spickhoff: Medizinrecht. Heidelberg 2008, RN 711.

185 Erwin Deutsch, Andreas Spickhoff: Medizinrecht. Heidelberg 2008, RN 713.



*Beginn der Verwesung. Der Hirntod hat den besonderen Nachteil, dass er zwar als eingetreten festgestellt, aber nicht seinem Beginn nach genau festgelegt werden kann. Gerade aber für die Fragen des Versicherungsschutzes, der Rechtsnachfolge und der Auflösung familiärer Bande ist es notwendig, einen relativ exakten Zeitpunkt zu gewinnen. Es stellt sich deshalb die Frage, ob wir den einheitlichen Todesbegriff nach wie vor aufrecht erhalten können. Angesichts der abweichenden Zwecke und Funktionen des Todesbegriffs für die Beendigung der Intensivbehandlung und die Explantation einerseits und für das Zivil-, Versicherungs-, Steuer- und Sozialrecht andererseits wird man zwei Todesbegriffe verwenden müssen. So hat Harry Westermann vorgeschlagen, den Tod in einen Handlungsbegriff und einen Feststellungsbegriff zu zerlegen. Dabei will er als Handlungsbegriff den Hirntod gelten lassen, der für die Beendigung der Intensivbehandlung und den Beginn der Transplantation entscheidend sein soll. Der Feststellungsbegriff soll dagegen für die Folgen im bürgerlichen, öffentlichen und Versicherungsrecht Geltung behalten und durch den Herz-Kreislauf-Tod ausgefüllt werden. Allerdings wird man bequem ohne die von Westermann genannten Bezugselemente Handlung bzw. Feststellung auskommen können, ist es doch schon zweifelhaft, ob der Arzt, der den Reanimator abstellt, handelt oder unterläßt.*

„Tod“ kann nur aus der Medizin übernommen werden, weil sie ihn definiert und Ärzte ihn feststellen. - Es gibt einen Tod, aber verschiedene Möglichkeiten, ihn festzustellen: Totenflecken, Totenstarre, Fäulnis, mit dem Leben unvereinbare Verletzung, erfolgloser Reanimationsversuch und Hirntod.

Nicht der Tod ist ein Prozess, sondern das Sterben. - Der Tod kann nur im Nachhinein festgestellt werden. Daher ist ein sekundengenauer Todeszeitpunkt nur bei einem gewaltsamen Tod möglich. Bei einem natürlichen Sterben gibt es immer zeitliche Unschärfen von Minuten, beim Hirntod bis Stunden. Nimmt man auf der Intensivstation die Beendigung einer Therapie eines Sterbenden mit in den Blick, so haben zuweilen die Ärzte einen Spielraum von Tagen, z.B. bis der Angehörige aus dem Urlaub zurückgekehrt ist und den Sterbenden noch lebend antrifft. Eine sekundengenaue Datierung des Todeszeitpunkts ist somit nur bei einem gewaltsamen Tod möglich.

Weiter heißt es zum Hirntod:<sup>186</sup>

*Für eine funktionale Begriffsbildung sollte aber jeweils die Zweckbeziehung des Rechtsinstituts im Vordergrund stehen. Soweit es darum geht, die Straf- und Haftungsbestimmungen bezüglich der Tötung einzuschränken, um Transplantationen zu ermöglichen und die Reanimation zu beenden, ist auf den Hirntod abzustellen.*

Bei Hirntoten wird durch die Abschaltung der künstlichen Beatmung keine Reanimation beendet, sondern eine Therapie.

Weiter heißt es zum Hirntod:<sup>187</sup>

*Das Transplantationsgesetz behandelt in § 3 TPG Hirntod und Herz-Kreislauf-Tod als gleichbedeutend. Dabei hat es offenbar auf die vielfältigen Angriffe gegen den Hirntod, die insbesondere aus theologischen Kreisen vorgebracht worden sind, reagiert und auch die einfachere Feststellung des Herz-Kreislauf-Todes sowie die Möglichkeit der Transplantation lebender foetaler Gehirnzellen mitberücksichtigt.*

Weiter heißt es zum Hirntod:<sup>188</sup>

*Seit 1968 hat man das irreversible Koma als Hirntod bezeichnet und so den Todeszeitpunkt entweder neu definiert oder jedenfalls den Hirntod dem Herz-Kreislauf-Tod an die Seite gestellt.*

186 Erwin Deutsch, Andreas Spickhoff: Medizinrecht. Heidelberg 2008, RN 714.

187 Erwin Deutsch, Andreas Spickhoff: Medizinrecht. Heidelberg 2008, RN 715.

188 Erwin Deutsch, Andreas Spickhoff: Medizinrecht. Heidelberg 2008, RN 877.



*Das Konzept des Hirntodes war jedoch nie ganz unbestritten.*

Dass die Erde eine Kugelgestalt hat und dass Amerikaner auf dem Mond waren, wird auch heute noch von einigen Menschen bestritten.

Weiter heißt es zum Hirntod:<sup>189</sup>

*Die §§ 3, 5 TPG arbeiten vor diesem Hintergrund der vorgefundenen Diskussion gewissermaßen mit zwei Todesbegriffen. Einmal ist allgemein vom Tod des Organ- bzw. Gewebespenders nach den Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, die Rede, § 3 Abs. 1 Nr. 2 TPG, Unter diesen Oberbegriff fällt der Hirntod, der als der endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktionen des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms beschrieben wird. Im Nachweisverfahren nach § 5 ist davon die Rede, dass die Feststellung des Todes durch einen Arzt (statt zwei) erfolgen kann, wenn der endgültige, nicht behebbare Stillstand von Herz und Kreislauf eingetreten ist und seitdem mehr als drei Stunden vergangen sind.*

Ja, in § 3 geht es um den Hirntod, in § 5 um den Herz-Kreislauf-Tod. Es sind nur zwei unterschiedliche Formen, den Tod eines Menschen festzustellen.

Im „Handbuch des Medizinstrafrechts“ (2010) heißt es zum Hirnstammtod:<sup>190</sup>

*Die Bedeutung des Hirnstammtodes wird in der Medizin noch nicht als Tod des Menschen akzeptiert, das Wissen über den Hirnstammtod ist noch nicht hinlänglich und die Diagnosefeststellung ist keine sichere Diagnose.*

Über die Feststellung des Todes heißt es darin:<sup>191</sup>

*Die Feststellung des Todes hat nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnisse und Methoden zu erfolgen. Maßgeblich ist der Hirntod, also das irreversible Erlöschen der Gesamtfunktion von Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm. Der Hirntod ist identisch mit dem Individualtod des Menschen.*

Im „Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch“ (2011) heißt es zum Hirntod:<sup>192</sup>

*Tod des Individuums durch Organtod des Gehirns; Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, Kleinhirns u. Hirnstamms bei durch kontrollierte Beatmung noch aufrechterhaltener Herz- u. Kreislauffunktion; ... Ein Zirkulationsstillstand innerh. der Gehirngefäße (bei zuvor eindeutigem Zirkulationsnachweis) kann durch Doppler-Sonographie nachgewiesen werden u. beweist dann ebenfalls den H. (No-flow-Phänomen); Angiographie u. Perfusionsszintigraphie haben in dieser Indikation an Bedeutung verloren. Feststellung des H. ist nach Transplantationsgesetz eine der notwendigen Voraussetzungen für die Organentnahme zur Transplantation beim toten Spender. Sie ist grundsätzl. von 2 dafür qualifizierten Ärzten unabhängig voneinander durchzuführen, die nicht Mitglieder des Transplantationsteams sein dürfen.*

Ähnlich heißt es auch im Psyhyrembel des Jahres 2012<sup>193</sup> über den Hirntod.

In „Arzt und Recht“ heißt es zum Hirntod:<sup>194</sup>

*Notwendig ist die Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 TPG einerseits und des Hirntodes gem. § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG andererseits. Ausdrücklich stellt das Gesetz zum Hirntod fest, dass ein nicht behebbarer Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und*

189 Erwin Deutsch, Andreas Spickhoff: Medizinrecht. Heidelberg 2008, RN 878.

190 Claus Roxin, Ulrich Schroth (Hg.): Handbuch des Medizinstrafrechts. 4. Auflage. Stuttgart 2010, 452.

191 Claus Roxin, Ulrich Schroth (Hg.): Handbuch des Medizinstrafrechts. 4. Auflage. Stuttgart 2010, 850

192 Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch. 262. Auflage. Berlin 2011, 881.

193 Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch. 263. Auflage. Berlin 2012, 887.

194 Jörg Heberer: Arzt und Recht. Berlin 2013, 391.

*des Hirnstammes nach Verfahrensregeln, die dem Stand der Erkenntnisse medizinischer Wissenschaft entsprechen, festgestellt wurde. Beides muss durch zwei Ärzte gem. § 5 Abs. 15.1 TPG (sog. „warme Leiche“) festgestellt werden. Als Ausnahme lässt das Gesetz gem. § 5 Abs. 1 S. 2 TPG die Feststellung des seit mehr als drei Stunden bestehenden, nicht behebbaren Stillstandes von Herz und Kreislauf (sog. „kalte Leiche“) durch nur einen Arzt zu. Diese komplizierte Regelung ist nicht unumstritten und wird teilweise mit guten Gründen als unnötiger Formalismus angesehen (so z.B. Parzeller/Henze, Richtlinienkompetenz zur Hirntod-Feststellung erneut bei der Bundesärztekammer, ZRP 6/2006, S. 177). Teilweise wird auch von einem „irritierend unklaren Bild“ gesprochen (Höfling, § 3 Rn. 7), da die gesetzlichen Regelungen im Grunde unterschiedliche Todesbegriffe formulieren.*

Mit dem „einerseits“ und „andererseits“ wird der Eindruck erweckt, dass es sich hierbei um zwei verschiedene Todesarten bzw. zweierlei Todesfeststellung handelt. In beiden Absätzen geht es um den Hirntod als den Tod des Menschen. - Das TPG nennt damit keine „unterschiedlichen Todesbegriffe“, sondern unterschiedliche Formen der Todesfeststellungen.

Über die Leichenschau heißt es darin:<sup>195</sup>

*Die Leichenschau muss durch einen Arzt durchgeführt werden, da grundsätzlich jede Leiche vor der Bestattung zur Feststellung des Todes, der Todesart (natürlicher oder nicht natürlicher Art) und der Todesursache von einem Arzt untersucht werden muss (Leichenschau).*

Im „Lexikon Medizin Ethik Recht“ (2014) heißt es über die Todesfeststellung:<sup>196</sup>

*Jede Totgeburt und jeder Tod eines Menschen ist spätestens am folgenden Werktag dem örtlich zuständigen Standesbeamten anzuzeigen (§§ 24, 32 PstG). Zur Feststellung des Todes, des Todeszeitpunktes, der Todesart und der Todesursache ist unverzüglich eine ärztliche Leichenschau durchzuführen ... Konstatiert der Arzt sichere Zeichen des Todes, so stellt er eine Todesbescheinigung sowie - für statistische Zwecke - einen Leichenschauschein aus ...*

Weiter heißt es hierzu:<sup>197</sup>

*Die traditionelle und in der Regel ausreichende Feststellung des Todes besteht in der Untersuchung des Arztes, ob - und gegebenenfalls seit wann - Herz- und Kreislauffunktion erloschen sind, Wiederbelebungsmaßnahmen entweder sinnlos wären oder erfolglos waren oder ob sogar die Kriterien eines schon länger bestehenden Todes vorliegen ...*

Zum Hirntod als Individualtod heißt es darin:<sup>198</sup>

*Die Individualität des Menschen ist aber an die intakte Funktion des Gehirns gebunden. Daher ist es medizinisch, ethisch und juristisch folgerichtig, einen Menschen mit irreversibel erloschenen Hirnfunktionen auch dann schon als „tot“ zu diagnostizieren und als Leichnam zu behandeln, wenn biologisch - außer im Gehirn - noch nicht alle Organfunktionen in ihm erloschen sind (vgl. Roxin 1973; Pendl 1986).*

*Dabei ist unter „Hirntod“ das irreversible Erlöschen des Gehirns in seiner Gesamtheit, also des Großhirns und des Hirnstammes, zu verstehen (Linder u.a. 1968). Spätestens mit dem Hirntod endet die ärztliche Behandlungspflicht. Erst nach dem Hirntod ist die Entnahme von lebenswichtigen Organen zu Transplantationszwecken zulässig.*

Die Aussagen sind zwar korrekt, aber im Jahr 2014 die Definition des Hirntods mit einer Aussage von 1968 zu begründen, gehört in die Medizingeschichte. Seit 1997 hat Deutschland ein Transplantationsgesetz, in dem der Hirntod als „der endgültige, nicht behebbare Ausfall der

195 Jörg Heberer: Arzt und Recht. Berlin 2013, 421.

196 Albin Eser, Markus von Lutterotti, Paul Sporken (Hg.): Lexikon Medizin Ethik Recht. Freiburg 2014, Sp. 1186.

197 Albin Eser, Markus von Lutterotti, Paul Sporken (Hg.): Lexikon Medizin Ethik Recht. Freiburg 2014, Sp. 1187f.

198 Albin Eser, Markus von Lutterotti, Paul Sporken (Hg.): Lexikon Medizin Ethik Recht. Freiburg 2014, Sp. 1190.

Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms“ (§ 3 Abs. 2 TPG) definiert ist. Damit ist er in einem Bundesgesetz gesetzlich definiert. Dies sollte in allen Lexika des 21. Jh. auch so genannt werden.

Zur Feststellung des Hirntod heißt es:<sup>199</sup>

*Zur Feststellung des Hirntodes wurden seit 1959 mehrere Listen von Kriterien formuliert, so von der Harvard Medical School (Beecher 1968) und vielen medizinischen Gesellschaften. Dabei handelt es sich immer um Empfehlungen und nicht um Gesetze; die Beurteilung obliegt im Einzelfall dem Arzt.*

In den Jahren 1982, 1986, 1991 und 1997 brachte der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer (WB-BÄK) „Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntodes“ heraus. Durch die Verabschiedung des TPG erhielt der WB-BÄK die Autorität, die Kriterien der Hirntoddiagnostik festzulegen. Daher erscheinen seit 1998 vom WB-BÄK „Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes“. Dies ist mehr als nur eine „Empfehlung“. Auch dies sollte in allen Lexika des 21. Jh. so beschrieben werden.

Im „Rechtswörterbuch“ (2014) heißt es zur Todeserklärung:<sup>200</sup>

*Der Tod eines Menschen und der genaue Zeitpunkt seines Eintritts sind für zahlreiche Rechtsfolgen von Bedeutung: die — Rechtsfähigkeit endet, Ehe und Unterhaltspflicht erlöschen, sein Vermögen geht auf die Erben über usw. Der Zeitpunkt des Todes ist wichtig für den zeitlichen Eintritt dieser Rechtsfolgen, insbes. für die Reihenfolge der Beerbungen. Normalerweise wird der Tod durch einen Auszug aus dem Sterberegister (Sterbeurkunde) nachgewiesen. Ist der Tod nicht nachweisbar, aber infolge Verschollenheit des Betroffenen wahrscheinlich, so kann dieser unter bestimmten Voraussetzungen für tot erklärt werden (s. u.). Ist der Tod nach den Umständen nicht zweifelhaft (dann keine Verschollenheit!; z.B. bei Absturz eines Flugzeugs, § 1 Id. Verschollenheitsgesetzes v. 15.1.1951, BGBl. I 63, m. And.), kann aber andererseits - z.B. infolge mangelnder Identifizierbarkeit - der Tod nicht beurkundet werden, so findet das Verfahren auf Todeszeitfeststellung statt (vereinfachtes TE. verfahren, §§ 39 ff. VerschG).*

Weiter heißt es zur Todeserklärung:<sup>201</sup>

*Verschollen ist, wessen Aufenthalt während längerer Zeit unbekannt ist, ohne dass Nachrichten darüber vorliegen, ob er in dieser Zeit noch gelebt hat oder gestorben ist, sofern nach den Umständen hierdurch ernstliche Zweifel an seinem Fortleben begründet werden (§ 1 I VerschG). Liegt kein besonderer Grund für die Verschollenheit vor, so ist die TE. frühestens zulässig, wenn seit der letzten Nachricht 10 Jahre (bei über 80jährigen 5 Jahre) verstrichen sind und der Verschollene mindestens das 25. Lebensjahr vollendet hätte (allgemeine Verschollenheit, § 3 VerschG). Besondere Verschollenheitsgründe: Ist jemand im Krieg verschollen, so kann er 1 Jahr nach Beendigung der Kampfhandlungen für tot erklärt werden (Kriegsverschollenheit, § 4 VerschG). Sondervorschriften gelten für die Verschollenheit anlässlich des 2. Weltkriegs (Art. 2 des G zur Änderung von Vorschriften des Verschollenheitsrechts vom 15.1.1951, BGBl. I 59). Wer bei einer Fahrt auf See (nicht Binnengewässer), insbes. infolge Untergangs eines Schiffes, verschollen ist, kann 6 Monate nach diesem Ereignis für tot erklärt werden (Seeverschollenheit, § 5 VerschG). Wer bei einem Fluge, insbes. infolge Zerstörung eines Luftfahrzeugs, verschollen ist, kann, sofern sein Tod nicht feststeht (s. o.), 3 Monate nach dem Ereignis für tot erklärt werden (Luftverschollenheit, § 6 VerschG). Darüber hinaus kann jeder, der auf sonstige Weise in eine Lebensgefahr geraten und seitdem verschollen ist (z.B. Vermisstsein im Gebirge, Kentern eines Bootes), 1 Jahr nach*

199 Albin Eser, Markus von Lutterotti, Paul Sporken (Hg.): Lexikon Medizin Ethik Recht. Freiburg 2014, Sp. 1191.

200 Carl Creifelds, Klaus Weber u.d. (Hg.): Rechtswörterbuch. 21. Auflage. München 2014, 1262.

201 Carl Creifelds, Klaus Weber u.d. (Hg.): Rechtswörterbuch. 21. Auflage. München 2014, 1262f.

*Beendigung der besonderen Umstände (Lebensgefahr) für tot erklärt werden (Gefahrverschollenheit, § 7 VerschG).*

Weiter heißt es zur Todeserklärung:<sup>202</sup>

*Die TE. begründet die - widerlegbare - Vermutung (nicht die Gewissheit), dass der Verschollene in dem im Beschluss festgestellten Zeitpunkt gestorben ist (89 I VerschG, Todesvermutung); umgekehrt wird vermutet, dass der Verschollene bis zu dem genannten Zeitpunkt, auch wenn er noch nicht für tot erklärt ist, gelebt hat (§ 10 VerschG, Lebensvermutung). Als Zeitpunkt des Todes ist der Augenblick festzustellen, der nach den Ergebnis der Ermittlungen der wahrscheinlichste ist (89 II VerschG). Kann nicht bewiesen werden, dass von mehreren Gestorbenen oder für tot erklärten Menschen der eine den anderen überlebt hat (z.B. Ehepaar wird bei einem Verkehrsunfall getötet), so wird - insbes. für die erbrechtlichen Folgen - vermutet, dass sie gleichzeitig gestorben sind, also z.B. keiner den anderen beerbt hat (§ 11 VerschG). Die TE. bewirkt, dass im festgestellten Zeitpunkt sämtliche Rechtsverhältnisse (auch z. B. die Ehe) des Verschollenen als beendet anzusehen sind und das Vermögen auf die Erben übergeht. Stellt sich heraus, dass der Verschollene die TE. überlebt hat, so ist diese wieder aufzuheben; die Rechtswirkungen der TE. fallen dann rückwirkend fort, d.h. der Verschollene kann sein Vermögen von den vermeintlichen Erben herausverlangen usw. Über die Folgen für die Ehe des fälschlich für tot Erklärten, wenn dessen Ehegatte nach der TE. wieder geheiratet hat, - Wiederverheiratung im Fall der TE. - Für die TE. sind die deutschen Gerichte zuständig, wenn der Verschollene Deutscher war oder seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hatte; darüber hinaus auch dann, wenn ein berechtigtes Interesse an der TE durch sie (z.B. Vermögen im Inland) besteht (§ 12 VerschG).*

*Das TE.verfahren ist eine Angelegenheit der freiwilligen Gerichtsbarkeit; es handelt sich um ein besonderes Aufgebotsverfahren. Zuständig ist das Amtsgericht des letzten inländischen Wohnsitzes bzw. des gewöhnlichen Aufenthalts des Verschollenen, hilfsweise das Amtsgericht Berlin-Schöneberg. Antragsberechtigt sind außer dem Staatsanwalt und dem gesetzlichen Vertreter des Verschollenen dessen Ehegatte und seine Abkömmlinge sowie darüber hinaus jeder, der ein rechtliches Interesse an der TE. hat (z.B. der Bruder, der gesetzlicher Miterbe ist). Die TE. erfolgt durch Beschluss, gegen den innerhalb eines Monats — sofortige Beschwerde eingelegt werden kann. Erst mit der — Rechtskraft des Beschlusses wird die TE. wirksam. Entsprechende Verfahrensvorschriften gelten für die Wiederaufhebung der TE. Einzelheiten des Verfahrens s. §§ 13 ff. VerschG.*

Der Begriff „Todesfeststellung“ fehlt im Rechtswörterbuch.

Im „Rechtswörterbuch“ (2017) heißt es über den Tod:<sup>203</sup>

*Der genaue Zeitpunkt des T. des Menschen, der insbes. von Bedeutung ist für die Transplantation, ist gesetzlich nicht definiert. Nach dem klassischen Begriff tritt der T. mit dem Stillstand von Atmung und Kreislauf (Herztod) ein. Wegen der Möglichkeiten zur Wiederbelebung sowie zur künstlichen Beatmung und Ernährung nach Ausfall des Gehirns ist nach dem Begriff des Hirntods maßgeblich der irreversible Funktionsausfall des gesamten Gehirns. Eine Legaldefinition hierzu enthält § 3 II Nr. 2 TPG; die Feststellung der Kriterien des T. wird dort aber Richtlinien der Bärztekammer nach § 18 I Nr. 1 TPG überlassen.*

Da der Tod eines Menschen – außer bei Gewalteinwirkung – immer nur im Nachhinein festgestellt werden kann, ist es unmöglich, den Todeszeitpunkt sekundengenau benennen zu können. - Die Festlegung der Kriterien für die Feststellung des Hirntodes wurde in § 18 TPG nicht dem WB-BÄK „überlassen“, sondern übertragen.

202 Carl Creifelds, Klaus Weber u.d. (Hg.): Rechtswörterbuch. 21. Auflage. München 2014, 1263.

203 Carl Creifelds, Klaus Weber u.d. (Hg.): Rechtswörterbuch. 22. Auflage. München 2017, 1313.



Im „Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch“ (2017) heißt es zum Hirntod:<sup>204</sup>

*Tod des Individuums durch Organtod des Gehirns; Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion von Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm bei (durch kontrollierte Beatmung) noch aufrechterhaltener Herz- und Kreislauffunktion. ... Nachweis eines Zirkulationsstillstands innerhalb der Gehirngefäße (bei zuvor eindeutigen Zirkulationsnachweis) durch Doppler-Sonografie (beweisend für Hirntod, No-Flow-Phänomen); Angiografie und Perfusionsszintigrafie weniger bedeutend.*

Im „Juristischen Wörterbuch“ (2018) heißt es zum Tod:<sup>205</sup>

*Tod ist das unumkehrbare Erlöschen der Lebensäußerungen, insbesondere der Stillstand von Kreislauf und Atmung bzw. das irreversible Erlöschen der Gehirntätigkeit ([Hirntod,] Einzelheiten wegen der Möglichkeiten der Transplantation streitig) eines Lebewesens. Mit dem T. erlischt die Rechtsfähigkeit des Menschen. Seine Rechte und Pflichten werden durch das Erbrecht in weitem Umfang auf andere Personen überführt. Ansonsten enden sie. Die Totenfürsorge steht bei Verheirateten in erster Linie dem überlebenden Ehegatten zu. In dem Prozess unterbricht der T. der Partei das Verfahren. In dem Strafprozess beendet der T. des Angeklagten das Verfahren, das förmlich durch Einstellung abgeschlossen wird. In der Rechtsgeschichte ist der bürgerliche T. das Ende der allgemeinen Rechtsfähigkeit infolge des Eintritts in ein Kloster oder einer schweren Bestrafung.*

Zur Todeserklärung heißt es darin:<sup>206</sup>

*Todeserklärung (§§ 2ff. VerschG) ist die Feststellung des > Todes eines — Verschollenen auf Grund eines Aufgebotsverfahrens. Die T. erfolgt durch Beschluss des Amtsgerichts (freiwillige Gerichtsbarkeit, Hoheitsakt). Sie ist vor allem zulässig, wenn ein Mensch verschollen ist und seit dem Ende des Jahres, in dem der Verschollene nach den vorhandenen Nachrichten noch gelebt hat, 10 (evtl. 5) Jahre verstrichen sind. Die T. begründet die Vermutung, dass der Verschollene in dem in dem Beschluss festgestellten Zeitpunkt gestorben ist (§ 9 VerschG, Todesvermutung). Erweist sich die T. als falsch, so ist sie mit Rückwirkung aufzuheben.*

Im „Handbuch Medizinrecht“ (2021) heißt es über den Hirntod:<sup>207</sup>

*Die Entnahme von Organen und Gewebe zur Organ- und Gewebespende darf grundsätzlich nur mit Einwilligung des Betroffenen erfolgen, nur ausnahmsweise nach Zustimmung durch andere, mit dem Betroffenen Verwandte oder ihm nahestehende Personen. Der Tod des Spenders muss nach dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft festgestellt worden sein. Dies bedeutet, dass er derzeit nach den Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes von 1997 festzustellen ist.*

Hier wurde die Jahreszahl der HTD nicht aktualisiert: Der WB-BÄK gab im Jahr 1997 die „Entscheidungshilfe zur Feststellung des Hirntodes“ heraus, aufgrund der Verabschiedung des TPG im gleichen Jahr im Jahr 1998 die „Richtlinie zur Feststellung des Hirntodes“. Im Jahr 2015 erschien die 4. Fortschreibung. Das „Handbuch Medizinrecht“ erschien im Jahr 2021 und somit 6 Jahre später.

Zu den organprotektiven Maßnahmen heißt es darin:<sup>208</sup>

*Soll eine Organtransplantation möglichst erfolgreich sein, werden häufig organprotektive Maßnahmen erforderlich oder sinnvoll sein. Diese können aber u.U. in einem nicht lösbaren Widerspruch zu einem den Patienten schonenden Palliativkonzept stehen, weil, wenn es zu Ende gebracht wird, das Organ dann nicht mehr für eine Transplantation geeignet ist. Damit*

204 Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. 267. Auflage. Berlin 2017, 785.

205 Gerhard Köbler: Juristisches Wörterbuch. Für Studium und Ausbildung. 17. Auflage. München 2018, 438.

206 Gerhard Köbler: Juristisches Wörterbuch. Für Studium und Ausbildung. 17. Auflage. München 2018, 438.

207 Rudolf Ratzel, Bernd Luxenburger (Hg.): Handbuch Medizinrecht. 4. Auflage. Heidelberg 2021, 1595.

208 Rudolf Ratzel, Bernd Luxenburger (Hg.): Handbuch Medizinrecht. 4. Auflage. Heidelberg 2021, 1595.



entsteht ein Widerspruch zwischen der Achtung der Patientenautonomie auch während des Sterbeprozesses und den Zielen der Verbesserung der Spenderquote durch Änderung eines fremdnützigen Therapieziels. Eine Lösung durch Befragen der Angehörigen oder eines Bevollmächtigten ist nicht möglich, weil diese erst nach Feststellung des Hirntods befragt werden dürfen.

Im „Brockhaus. Naturwissenschaft und Technik“ (2023) heißt es zum Tod:<sup>209</sup>

Leben ist an die drei naturwiss. determinierten Hauptkategorien Struktur, Funktion und Stoffwechsel gebunden. Sie bilden ein System, d.h. einen Komplex von Elementen, die untereinander so in Wechselwirkung stehen, dass der Ausfall eines Systemglieds zum Untergang des Gesamtsystems, zum Tod, führt. Dies gilt für alle Stufen in der Hierarchie des Lebendigen, angefangen bei der DNA (Desoxyribonukleinsäure) bis zum Gesamtorganismus. Es ist eine biolog. Gesetzmäßigkeit, dass jeder vielzellige Organismus einmal stirbt. ... Sterben und Tod sind eng miteinander verflochten. Sterben ist der Übergang vom Leben in den Tod. Abgesehen von Todesfällen, die durch äußere Gewalteinwirkungen zur plötzl. Vernichtung des Lebens führen, ist Sterben ein allmähl. Übergang mit einem stufenweisen Abbau der Lebensfunktionen, zu dem der zunehmende Mangel an Sauerstoff infolge der abnehmenden Blutzirkulation den wichtigsten Kausalfaktor bildet. Dabei ist bekannt, dass die Überlebenszeit der Organe und Organsysteme bei komplettem Sauerstoffmangel sehr verschieden ist, was belegt, dass Sterben und Tod eines Organismus zeitlich dissoziiert sind. Diese Erkenntnis führt zu der wichtigen und ärztlich bedeutungsvollen Unterscheidung von klinischem und biolog. Tod.

Weiter heißt es über den Tod:

Der klinische Tod umfasst Merkmale ausgefallener Funktionen, die als unsichere Todeszeichen zu bewerten sind: Herzstillstand, Pulslosigkeit, Atemstillstand, Areflexie, Bewusstlosigkeit, Hautblässe und Temperaturabfall. Bei tiefer Bewusstlosigkeit mit klinisch nicht mehr wahrnehmbaren Lebensäußerungen (z.B. akute Vergiftung) kann der Anschein des Todes erweckt werden, obwohl mithilfe des Elektroenzephalogramms (EEG) und des Elektrokardiogramms (EKG) noch elektr. Aktivitäten nachweisbar sind. Diese *Vita reducta* bzw. *minima* (umgangssprachlich Scheintod) ist zeitabhängig reversibel und lässt sich durch manuelle und apparative Reanimation vielfach überwinden. Im Zentrum steht dabei die Wiederherstellung von Kreislauf und Atmung zur Sauerstoffversorgung aller Organe. Die Reanimation erfährt ihre Grenzen am Gehirn, dessen Wiederbelebungszeit in Abhängigkeit von der Körper- und Außentemperatur zw. 6 und 10 min liegt. Jenseits dieser Zeitspanne entstehen am Zentralnervensystem irreversible strukturelle Schäden, die mit dem Leben nicht vereinbar sind. Das Wissen um zeitlich abgestufte Wiederbelebungszeiten der Organe (z.B. 6 Stunden für die Niere) ist von grundsätzl. Bedeutung für die Organtransplantation.

Weiter heißt es über den Tod:

Nach Eintritt des klin. Todes bilden sich in einer bestimmten zeitl. Abfolge die sicheren Todeszeichen (Totenflecke, Totenstarre, Autolyse, bakteriell bedingte Fäulnis) aus, die bei der äußeren Leichenschau durch den Arzt die Grundlage für die Feststellung des eindeutigen Todes bilden. Ihre Ausprägung ermöglicht in gewissem Umfang eine Abschätzung des Zeitpunktes für den Todeseintritt. Im Zusammenhang mit der Leichenschau und der Pflicht zur Ausfüllung des Totenscheines ist der Arzt verpflichtet, den natürl. Tod vom unnatürl. Tod zu unterscheiden.

Im „PsychoRembel“ (2023) heißt es zur Leichenschau:

Ärztliche Untersuchung zur sicheren Feststellung des Todes, des Todeszeitpunkts, der Todesursache und der Todesart. Das Ergebnis hat der Arzt in eine Todesbescheinigung einzutragen.

<sup>209</sup> Der Brockhaus. Naturwissenschaft und Technik Band 2. Mannheim 2023, 2002.

## 1.5 Lebenderklärungen im 21. Jh.

Wenn kein Leichnam vorliegt, man aber aufgrund der Umstände gesichert davon ausgehen muss, dass ein Mensch zu Tod kam, erklärt auf Antrag der Hinterbliebenen ein Richter auf dem zuständigen Amtsgericht diese Person gemäß dem Verschollengesetz für tot (Todeserklärung).

Seit dem 21. Jh. gibt es erste Beispiele, in denen deutsche Gerichte Hirntote für Lebende erklärt haben. Eine rechtliche Grundlage für dieses Handeln konnte bisher nicht gefunden werden.

### 1.5.1 Würzburg (2018)

Im Februar **2018** wurde in Würzburg an einer schwangeren Frau der Hirntod diagnostiziert. Um das Leben des Kindes zu bewahren, wurde beim Amtsgericht Würzburg ein Antrag auf Betreuung gestellt. Das Amtsgericht setzte zwar am 13.02.2018 den Vater des ungeborenen Kindes als Betreuer ein, lehnte aber entschieden ab, dass es sich bei der Schwangeren um einen Tote handelt (25 XVII 208/18):

*- Das Gericht sieht in der Betroffenen keine Leiche. Die traditionellen "sicheren Todeszeichen" - Leichenflecken, Leichenstarre, Verwesung - liegen nach Auskunft des Arztes Dr. ... von der Klinik für Anästhesiologie der Uniklinik Würzburg nicht vor. Dagegen sind zahlreiche Lebenszeichen gegeben: das Herz schlägt (ohne Impulsgebung durch das Gehirn), das Blut zirkuliert in den Adern und erreicht fast alle Körperteile, die Sauerstoffanreicherung des Bluts in den Lungenbläschen funktioniert, das vegetative Nervensystem ist intakt, Nahrung wird im Verdauungstrakt verwertet und die Nährstoffe werden aufgenommen, das Blut wird gereinigt, die Ausscheidung von Abfallstoffen über den Darm sei intakt, ebenfalls das Immunsystem, das Knochenmark produziere laufend neue Blutkörperchen, spinale Reflexe seien vorhanden, Haare und Nägel wachsen, bei oberflächlicher Verletzung würde die Betroffene zunächst bluten und anschließend die Wunde heilen. Trotz des Ausfalls der Gehirnfunktion ist der Körper der Betroffenen als Ganzes lebendig - abzüglich des Gehirns. Viele Lebensvorgänge sind von der Funktionsfähigkeit des Gehirns offenbar unabhängig.*

*- Die Betroffene ist schwanger. Das Kind in ihrem Leib lebt und entwickelt sich. Ein Körper, der zum Austragen einer Schwangerschaft fähig ist, ist lebendig. Leichen sind nicht in der Lage, eine Schwangerschaft auszutragen. Die Prognose bzgl. der Schwangerschaft ist nach Auskunft des Arztes Dr. ... nicht von vornherein aussichtslos.*

*- Die Betroffene ist in vergleichbarer Weise lebendig wie andere bewusstlose und beatmete Patientinnen bzw. Patienten auf der Intensivstation. Hätte die Betroffene noch einen hirngesteuerten Reflex (z. B. den okulo-zephalen Reflex) vorzuweisen (s. Hirntodprotokoll Ziff. 2), wäre sie nach den Richtlinien zum irreversiblen Hirnfunktionsausfall nicht tot, sondern lebendig. Das Gericht kann zwischen dem Zustand, bei dem ein hirngesteuerter Reflex erhalten geblieben ist, und dem Zustand nach Wegfall dieses Reflexes keinen für das Betreuungsrecht maßgeblichen Unterschied erkennen. Eine Schwangere mit schwerster Hirnschädigung und Funktionserhalt eines einzigen Hirnreflexes ist in der gleichen Weise von maschineller Unterstützung abhängig und in gleicher Weise auf die Wahrnehmung ihrer Interessen durch Dritte angewiesen, wie eine Schwangere ohne einen solchen Reflex.*

Die beschriebenen Erscheinungen können an Hirntoten beobachtet werden, aber dies ist kein Nachweis für das Leben der Frau. Dies ist eine persönliche Meinung des Amtsgerichts auf der Phänomenebene. Wie schon Pierre Mollaret **1962** in der Münchner medizinischen Wochenschrift schrieb, narrt uns damit der Hirntod:<sup>210</sup>

*Fälle des 'überschrittenen Komas' ('Coma dépassé'), wo wir Tests finden müßten, welche es uns erlauben, zu erkennen, daß der Tod – so maskiert er auch sein mag – bereits eingetreten ist.*

<sup>210</sup> Pierre Mollaret: Beantwortung einer Frage. In: Münch. med. Wschr. 104,2 (1962), 2197.

## Folgen dieser Anordnung

Diese Anordnung wurde von den Kritikern des Hirntodkonzeptes bereitwillig aufgenommen und gelobt. Damit hat ein deutsches Gericht ihre Kritik am Hirntodkonzept untermauert: Hirntote seien Sterbende und damit noch Lebende:

- Die Rechtsanwälte Ingo und Uwe Friedrich zitieren auf Seite 14 mit dem Satz „Das Gericht sieht in der Betroffenen keine Leiche“ beginnend mit der Begründung des AG Würzburg und verlinken auf die Seite mit dieser Anordnung.<sup>211</sup>
- Roberto Rotondo zitiert auf seiner eigenen Internetseite nur den einen Satz: „Das Gericht sieht in der Betroffenen keine Leiche.“ und verlinkt auf die Seite mit der Anordnung.<sup>212</sup>
- Roberto Rotondo zitiert auf Facebook nur den einen Satz: „Das Gericht sieht in der Betroffenen keine Leiche.“ und verlinkt auf die Seite mit der Anordnung.<sup>213</sup>
- Die Gruppe „Kritische Aufklärung Organspende“ (KAO) postete auch zweimal die Würzburger Anordnung in Facebook, mit gleichlautenden Worten: „Brisanter aktueller Artikel über die Geburt eines gesunden Kindes, fünf Monate ausgetragen von einer 'hirntoten' Schwangeren. Der Fall, der sich 2018 in Würzburg ereignete, zeigt die ganze Widersprüchlichkeit des Hirntodkonzeptes.“<sup>214</sup>
- Die Tageszeitung „Die Tagespost“ veröffentlichte am 13.12.2019 zur Würzburger Anordnung einen Artikel mit der Überschrift „Kann eine tote Frau ein Kind gebären?“<sup>215</sup>
- Wolfram Höfling lobte „die Begründung, die Aufmerksamkeit und Zustimmung verdient.“<sup>216</sup>

Ja, Aufmerksamkeit und Zustimmung hat diese Würzburger Anordnung unter den Kritikern des Hirntodkonzeptes erfahren. Die Verstöße gegen Gesetze und Verordnungen, die durch diese Anordnung erfolgt sind, scheinen von niemandem in den Blick genommen oder gar geahndet worden zu sein. Damit bleibt als Wirkung dieser Anordnung die Ablehnung des Hirntodkonzeptes.

### 1.5.2 Weiden 2023

Am 10.08.2024 wurde im Weidener Krankenhaus Petra F. aufgenommen, die bereits 17 Jahre erfolgreich gegen Brustkrebs kämpfte. Nun hatten sich im Gehirn Metastasen gebildet. Die Ärzte sahen keine Chancen einer Therapie und schlugen eine Verlegung auf eine Palliativstation vor, doch die Patientin verlangte von den Ärzten jegliche mögliche Weiterbehandlung. Als die Patientin künstlich beatmet werden musste, setzte ihr Mann die Forderung seiner Frau fort. Die Metastasen erhöhten den Hirndruck, so dass die Frau auf den Hirntod zusteuerte. Als die Ärzte aufgrund von massiven neurologischen Ausfällen mit dem Mann über die Durchführung einer Hirntoddiagnostik (HTD) sprachen, drohte er, diese nicht anzuerkennen und rechtlich dagegen vorzugehen.

Am 29.09.2023 wurde an Petra F. der Hirntod festgestellt. Hierauf wandte sich Herr F. an das Amtsgericht mit der Bitte um einstweilige Verfügung, dass die intensivmedizinische Behandlung

211 [https://www.dr-friedrich-partner.de/pdf/0%20web2-mb\\_%20pv-w-snf-270c819\\_%20nf.pdf](https://www.dr-friedrich-partner.de/pdf/0%20web2-mb_%20pv-w-snf-270c819_%20nf.pdf) Zugriff am 19.12.2019.

212 <https://www.gleauty.com/XX/Unknown/171584449595186/Organspende> Zugriff am 19.12.2019.

213 [https://hi-in.facebook.com/Informationsstelle-Transplantation-und-Organspende-73835285998912/posts/?ref=page\\_internal](https://hi-in.facebook.com/Informationsstelle-Transplantation-und-Organspende-73835285998912/posts/?ref=page_internal) Zugriff am 19.12.2019.

214 <https://pt-br.facebook.com/InitiativeKAO/posts> Zugriff am 19.12.2019.

<https://ar-ar.facebook.com/pages/category/Community/InitiativeKAO/posts>

215 <https://www.die-tagespost.de/leben/glauben-wissen/Kann-eine-tote-Frau-ein-Kind-gebaeren:art4886.203834> Zugriff am 19.12.2019.

216 Wolfram Höfling: Irreversibler Hirnfunktionsausfall während der Schwangerschaft In: MedR (2020) 28, 14. Nach: [https://www.deepdyve.com/lp/springer-journals/irreversibler-hirnfunktionsausfall-w-hrend-der-schwangerschaft-UaR0Cn5zbD?](https://www.deepdyve.com/lp/springer-journals/irreversibler-hirnfunktionsausfall-w-hrend-der-schwangerschaft-UaR0Cn5zbD?impressionId=5e837c3346c70&i_medium=docview&i_campaign=recommendations&i_source=recommendations) [impressionId=5e837c3346c70&i\\_medium=docview&i\\_campaign=recommendations&i\\_source=recommendations](https://www.deepdyve.com/lp/springer-journals/irreversibler-hirnfunktionsausfall-w-hrend-der-schwangerschaft-UaR0Cn5zbD?impressionId=5e837c3346c70&i_medium=docview&i_campaign=recommendations&i_source=recommendations) Zugriff am 10.04.2020.

weiter fortgesetzt wird. Die Schilderungen von Herrn F. über die Bewegungen seiner Frau ließen in der Amtsrichterin „nicht zu beseitigende Zweifel“ aufkommen, dass Petra F. wirklich hirntot sei. Daher ordnete sie die Fortsetzung der intensivmedizinischen Behandlung an, ließ aber die Todesfeststellung weiterhin gelten. In der Medizin ist dies ein Unding, denn mit der Feststellung des Todes – auch des Hirntodes! –, erlischt die Behandlungspflicht des Arztes.<sup>217</sup>

Die Ärzte wollten die Therapie beenden und baten den Neurologen Frank Erbguth um eine zweite HTD. Sein 30-seitiges Gutachten wurde vom Landgericht Weiden am 21.11.2023 zurückgewiesen und verlangte die Weiterbehandlung bis zur Hauptverhandlung am 20.12.2023. Bis zu diesem Datum sollte die Neurologin Stefanie Förderreuther Petra F. untersuchen. Sie bestätigte, dass Petra F. schon lange hirntot ist. Die Richter vertagten sich auf Mitte Januar 2024. Am 12.01.2024 blieb das Herz von Petra F. für immer stehen. Damit wurde sie 106 Tage als Hirntote intensivmedizinisch behandelt.<sup>218</sup> Damit war der Streit um ihren Tod beendet. Mit dem Urteil des Landgerichts Weiden 19.01.2024 wurde die Klage abgewiesen. Damit wurde nach über 3 Monaten Rechtsstreit entschieden, dass Petra F. seit dem 29.09.2023 tot ist. Dies steht im im Gegensatz zum Bestattungsgesetz, dass die Todesfeststellung „unverzüglich“ zu erfolgen hat.

Die Gerichtsakten lassen an keiner Stelle erkennen, dass die damit betrauten Richter die Feststellung des Hirntodes im Zusammenhang mit dem Bestattungsgesetz (BestG) gesehen haben:

1. Sie ließen nicht „unverzüglich“, wie es in der Bestattungsverordnung gefordert ist, durch einen Facharzt klären, ob hier wirklich Hirntod vorliegt.
2. Der Antrag, die Klinik habe zur von Prof. Erbguth durchgeführten HTD keine Erlaubnis von der Familie eingeholt und damit gegen bestehendes Recht verstoßen, ließ das OLG Weide unbeantwortet. Dabei steht in Artikel 3 des bay. BestG: „Zur Leichenschau dürfen der Arzt und die von ihm zugezogenen Sachverständigen und Gehilfen jederzeit den Ort betreten, an dem sich die Leiche befindet. Der Inhaber der tatsächlichen Gewalt hat ihnen Grundstücke, Räume und bewegliche Sachen zugänglich zu machen.“<sup>219</sup> Hierauf hätte das OLG verweisen müssen.

## **Folgen dieser Anordnungen**

Die Folgen dieser Anordnungen liegen vor allem in der Frage der Kostenübernahme, denn ab der Feststellung des Todes – auch des Hirntodes –, bezahlt keine Krankenkasse die Weiterbehandlung.<sup>220</sup> Bei täglich 1.000 bis 3.000 €<sup>221</sup> sammelte sich bei 106 Tagen Weiterbehandlung über 100.000 € an, in diesem Fall waren es rund 270.000 €. Wer trägt diese Kosten? Damit haben sich nun weitere Gerichte zu befassen.

---

217 Liegen transplantierbare Organe und eine Zustimmung zur Organentnahme vor, wird auf das Leben der Organpatienten und den Willen des Hirntoten bzw. dessen Hinterbliebenen geblickt und die intensivmedizinische Behandlung bis zur Organentnahme fortgesetzt.

Liegt bei der Hirntoten eine Schwangerschaft vor, wird auf das Leben des ungeborenen Kindes geblickt und die Hirntote bis zur Geburt ihres Kindes intensivmedizinisch weiterhin behandelt.

218 Was dies mit dem Personal der Intensivstation machte, kann hier nicht näher beschrieben werden. Es sei nur auf deren Belastung hingewiesen, die ihnen sinn- und zielloser erschien.

219 In den BestG anderer Bundesländer gibt es eine inhaltlich gleiche Bestimmung.

220 Es gibt hierbei zwei Ausnahmen:

1. Wenn eine Zustimmung zur Organentnahme vorliegt, zahlen die Krankenkassen der Organempfänger die Behandlungskosten bis zur Organentnahme.
2. Wenn die Hirntote schwanger ist, zahlt die Krankenkasse der Hirntoten die Behandlungskosten bis zur Geburt des Kindes.

221 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/129753/Teils-zehntausende-Euro-fuer-Intensivbehandlung-von-Coronapatienten>

## 2 Besondere Themen

### 2.1 „Dem Tod auf der Spur“

Michael Tsokos beklagt in seinem Buch „Dem Tod auf der Spur“ die deutsche Regelung der Todesfeststellung.<sup>222</sup>

*Tote haben leider immer noch keine Lobby, frei nach Sabine Rückert. Und während in angelsächsischen Ländern und den USA ein amtlich bestellter und speziell ausgebildeter Leichenbeschauer — ein Coroner oder Medical Examiner - jeden Toten untersucht, bevor er bestattet wird, kann bei uns ein Arzt jeder Fachdisziplin, sei er Labormediziner, Gynäkologe, Orthopäde, Pharmakologe oder Allgemeinmediziner, die Leichenschau durchführen. Ein Arzt kann bei einer äußeren Leichenschau aber kaum erkennen, ob der Verstorbene z.B. von seinen Verwandten mit Herzglykosiden oder anderen Medikamenten vergiftet wurde. Auch eine dezente Einstichstelle, an der z.B. Luft in eine Vene injiziert wurde, kann sich leicht der Aufmerksamkeit des rechtsmedizinisch nicht erfahrenen Leichenbeschauers entziehen. Häufig ist es ja der Hausarzt, der von der Familie zur Feststellung des Todes gerufen wird. Eben der Arzt, der den Verstorbenen vor dem Tod behandelt hat. Dieser Arzt könnte leicht das Missfallen der Familie erregen und dadurch auch seine Patienten verlieren, wenn er nun anfinge, grelles Licht anzuschalten, den Verstorbenen vollständig zu entkleiden, von allen Seiten zu untersuchen, in jede Körperöffnung zu schauen oder explizit, gegebenenfalls sogar vor den Angehörigen, nach Würgemalen zu suchen. Auch das Durchwühlen des Mülleimers vor Ort, um zu schauen, ob sich darin nicht irgendwelche Medikamentenfläschchen oder Spritzen befinden, würde bei den Angehörigen sicher nicht auf Wohlwollen stoßen. Hat der Arzt dann aber den Totenschein auf natürlichen Tod erst einmal ausgestellt, ist es meist zu spät. Ist der Verstorbene erdbestattet, können in der Regel nur äußerst gravierende Gründe eine Exhumierung bewirken. Und ist der Leichnam erst kremiert, also verbrannt, ist alles zu spät. Eine Stunde im Krematorium bei 800 bis 1.000 Grad vernichtet jeden Beweis. Von dem Verstorbenen ist nach der Kremation nichts weiter als ein Häufchen Asche übrig. Dann kann man nicht einmal mehr die Identität des Toten über eine DNA-Analyse nachweisen, geschweige denn Gift oder äußere Gewaltanwendung.*

---

222 Michael Tsokos, Veit Etzold, Lothar Strüh: Dem Tod auf der Spur. 4. Auflage. Berlin 2009, 8f.



## 2.2 Schwangerschaften

### 2.2.1 Allgemeines

Ein im Zusammenhang mit Todesfeststellung im deutschen Schrifttum kaum beachtetes Thema sind die Schwangerschaften. Wie ist mit Schwangeren umzugehen, deren Tod man soeben festgestellt hat. Kann es für das Kind noch eine Überlebenschance geben?

Es grenzt an Prahlerei, was Cummaran im Jahr 1748 geschrieben hat:<sup>223</sup>

*Herr Cummaran, Pfarrer von Caltanissetta, schrieb demselben Autor 1748, dass er 1704 unter 60 mit der Operation des Kaiserschnitts herausgezogenen Kindern nur sechs tot gefunden; dass in dieser grossen Zahl lebender Fötusse solche jeden Alters sich befanden, ja eines, das nicht mehr als 40 Tage alt war. Er fand auch ein lebendes Kind, das 48 Stunden nach dem Verscheiden der Mutter herausgezogen worden war.*

Märchenhaft erscheint dieser Fall aus der Mitte des 19. Jh.:<sup>224</sup>

*Unter anderen führt er den Fall einer schwangeren Frau an, welche im Jahr 1846 im Fluss Saar in Lothringen vom 27. bis 31. März unter Wasser blieb und deren Kinde nach diesen 4 Tagen des unter Wasser Sein's der Mutter noch lebend war.*

Wenn schon die Schwangere verstorben ist, so wollte man wenigstens das Leben des Kindes retten:<sup>225</sup>

*Es wird angebracht sein, anzumerken, dass da einerseits unter den schwangeren Frauen die Fälle des Scheintodes häufig sind und andererseits, um den Fötus lebend zu finden, man ohne Verzug mit dem Kaiserschnitt vorgehen muss, man zwei Dinge im Auge behalten muss: 1. sich gut zu versichern, dass die Mutter wirklich gestorben; 2. die Operation des Kaiserschnitts oder jede andere, die man für angebracht hält, in derselben Weise auszuführen, in der man sie ausführen würde, wenn die Frau am Leben wäre, um nicht zu riskieren, sie zu töten, wenn sie doch noch lebte, wie nach dem, was Barnades, l. e., S. 508 u. ff. berichtet, mehr als einmal vorgekommen ist.*

Märchenhaft erscheint dieser 1884 erschienene Bericht:<sup>226</sup>

*An jenem selben Tag war eine schwangere Frau gestorben und schon schickte man sich an, sie zusammen mit dem noch in ihr eingeschlossenen Fötus zu beerdigen. Ein Priester, der bei jener Lektüre anwesend gewesen war, wollte sogleich in Praxis umsetzen, was er soeben gelernt hatte; aber die Aufschneidung der Leiche konnte erst am anderen Tag gemacht werden und es brauchte alles Mögliche, um einen Sachverständigen zu ihrer Ausführung zu bewegen, da dieser der Meinung war, dass das Kind mit der Mutter gestorben sei, die schon ungefähr seit 24 Stunden aus dem Leben geschieden war. Aber, o wunderbare Vorsehung! es wurde vielmehr lebend gefunden, erhielt die Taufe und lebte mehrere Stunden*

Cangiamila vertrat die Auffassung:<sup>227</sup>

*Man soll lieber (sagen Hildan, Gobat, Niemann, Albert und Eister) vergeblich hundert Leichname von Schwangeren aufschneiden, als ein einziges Mal zulassen, dass ein lebender Fötus im Uterus so elendiglich erstickt und umkomme.*

Ab welcher Schwangerschaftswoche ein Kaiserschnitt durchgeführt werden sollte, herrschte im 18. Jh. große Uneinigkeit.<sup>228</sup>

223 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 21f.

224 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 20.

225 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 23.

226 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, XIII f.

227 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 363.

228 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 18.

*Der katholische Arzt, sagt Dr. Massana, ist verpflichtet, die Operation des Kaiserschnitts in jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft auszuführen, zum mindesten von dem Zeitpunkt an, in dem der Embryo unterscheidbar ist und Fötusgestalt zeigt. Diese Merkmale kann man nach Chausier und Mare nach fünfundvierzig Tagen beobachten. Am dreissigsten Tag schon unterscheidet man den Embryo, der in diesem Zeitpunkt den Umfang eines Weizenkerns zeigt.*

Um das Jahr **1900** praktizierte man diese Haltung zum Notkaiserschnitt:<sup>229</sup>

*Ein alter Professor der Obstetrik hat mir gesagt, dass, wenn das Kind lebensfähig ist, die Verpflichtung besteht, sobald als möglich den Kaiserschnitt auszuführen: wenn es nicht lebensfähig ist, kann man ihn mit Zustimmung der Verwandten ausführen. Ein anderer hat folgende Unterscheidung gemacht: wenn das Kind lebensfähig sei, bestehe die Verpflichtung, die Operation auszuführen, ohne die Feststellung des Todes abzuwarten: wenn es nicht lebensfähig sei, dürfe man es nicht vor dieser Feststellung machen. Nach einem hervorragenden Richter, mit dem ich zwei Besprechungen hatte, kann man nachfolgende Unterscheidung annehmen: wenn das Kind lebensfähig ist, besteht in der Theorie die Verpflichtung zu der Operation, aber in der Praxis wäre es sehr schwierig, die Schuld des Arztes, der sie nicht ausgeführt, zu beweisen. Der Arzt kann die Operation vor der Feststellung des Todes ausführen; wenn aber das Kind nicht lebensfähig ist und zugleich der Verdacht eines Vergehens besteht, muss man die gerichtliche Besichtigung abwarten. Der Operateur könnte in diesen Fällen angeklagt werden, er hat aber nichts zu fürchten, wenn er nicht den Beweis grosser Unfähigkeit gegeben. Eine Person, die nicht Arzt ist, dürfte diese Operation in dem einzigen Fall ausführen, dass es unmöglich wäre, einen Arzt zu bekommen.*

Morache und Grossesse sahen im Jahr **1903** nach sicherer Todesfeststellung Jeden in der Pflicht, einer soeben verstorbenen Schwangeren einen Kaiserschnitt zu machen, um wenigstens das Leben des Kindes zu retten:

*Die an dem Leichnam einer verstorbenen Frau vollzogene Operation des Kaiserschnitts bildet keine Verletzung der Begräbnisvorschrift, noch auch wahrscheinlicherweise eine Verletzung des Gesetzes über die Ausübung der Heilkunde: es scheint also, dass im Notfall jedermann das Recht hat, sie auszuführen, jedoch nur wenn der Tod der Frau absolut feststeht. Es könnte der Fall sein, dass diese Frage über die Wirklichkeit des Todes aufgeworfen würde, und dass das Gericht zu wissen verlangt, ob an einer lebenden Frau oder an einem Leichnam operiert worden ist.*

### **2.2.2 Taufe eines ungeborenen Kindes**

Papst Benedikt XIV. lobte in De syn. dioec. 1. XI, ce. VII, § 18 und in einem an den Autor (Cangiamila) am 26. März 1756 in Rom geschriebenen Brief für dessen Werk, in dem er vorschreibt:<sup>230</sup>

*Die Pfarrer müssen die Gläubigen über alles belehren, was sich auf diese Frage bezieht, und zwar sowohl in einer besonderen wenigstens einmal im Jahr abzuhaltenden Unterweisung, als auch beim Katechismusunterricht für die Erwachsenen. Die Unterweisung müsste am « Tag der unschuldigen Kindlein » gehalten werden, und es wäre besser, sie von einem gedruckten Blatt zu lesen: das Volk würde so begreifen, dass es sich nicht um vom Pfarrer erfundene Dinge handelt; dieser könnte seinerseits die geeignete Erklärung dazu geben. Cangiamila schlägt ein Schema der Unterweisung vor: nachdem er von den unschuldigen Kindlein gesprochen, stellt er in 17 Abschnitten die Hauptsachen zusammen, die man sagen müsste; es sind kurz folgende: 1. Jede schwangere Frau ist verpflichtet, sich alles dessen zu enthalten, was zu einem Abortus führen könnte, wie z. B. ausserordentliche Anstrengungen, Tanz, Zornesausschübe etc. 2. Wer zu einem Abortus verhilft, unterliegt dem Kirchenbann. 3. Wer erfährt, dass eine Frau oder eine andere Person dieses Vergehen auszuführen sucht, ist*

229 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 369.

230 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 365f.

verpflichtet, es zu verhindern und wenn er es nicht kann, muss er wenigstens den Pfarrer davon benachrichtigen. 4. Die Aerzte und die Apotheker dürfen keine Medikamente verabreichen, die geeignet sind, den Abortus herbeizuführen. 5. Wenn ein Abortus stattfindet, muss man sofort genau untersuchen, ob der Fötus lebend ist; und so klein er auch sein mag, so muss ihm die Taufe gespendet werden. 6. Die schwangere Frau, welche sich in Lebensgefahr befindet, muss ihren Zustand wenigstens dem Pfarrer ausserhalb der Beichte offenbaren, damit man, wenn es bei ihr zum Sterben kommt, den Fötus durch die Operation des Kaiserschnitts herausholen kann. Wenn die Frau sich weigert, ihren Zustand zu offenbaren, ist sie des Empfangs der Absolution unwürdig. 7. Die Verwandten, die Dienerschaft und andere, die davon wissen, dass die Verstorbene schwanger ist, sind gleichfalls verpflichtet, die Sache und zwar unverzüglich zu offenbaren. 8. Wenn die Verwandten, die Diener und andere nicht sich dafür betätigen, dass die Operation des Kaiserschnitts gemacht werde, laden sie eine Todsünde auf sich; wenn sie jene Operation verhindern, ist ihre Sünde noch schwerer. 9. Die bürgerlichen Behörden sind verpflichtet, dem Pfarrer in Erfüllung dessen, was ihm in solchen Fällen obliegt, behilflich zu sein: und zwar indem sie bei den Verwandten und Chirurgen etc. eindringliche Vorstellungen machen. 10. Man muss einen Professionisten suchen und in Ermangelung seiner eine Hebamme; wenn man weder das eine noch das andere erhalten kann, muss die Operation von demjenigen gemacht werden, der für den Notfall am geeignetsten ist. 11. Der Chirurg darf keine übermässige Vergütung beanspruchen, und die Operation nicht vernachlässigen, nur weil er fürchtet, dass seine Arbeit unvergütet bleiben werde. Wenn es sich um Arme handelt, ist er verpflichtet, die Operation unentgeltlich auszuführen. Ihm liegt auch die Pflicht auf, herbeizueilen, auch wenn er nicht gerufen wird und zwar, weil das Kind sich in äusserster Notlage befindet. 12. In der Wartezeit bis zur Ankunft des Professionisten halte man den Unterleib der Frau warm. 13. Man muss sogleich nach dem Tod zur Operation schreiten (hier müsste man unterscheiden, ob es sich um eine Krankheit handelt oder bloss um einen Anfall, bei dem der Scheintod häufig ist, ob der Operateur ein Arzt oder ein Laie ist etc.); wenn sie aber nicht sofort stattfinden könnte, muss man sie auch nach einem ziemlich langen Zeitraum noch machen, 14. Man taufe das Kind sofort. Wenn es eine Missgeburt ist, darf man es deshalb nicht töten. 15. Bei Schweregeburten haben die Mutter und die Verwandten die Verpflichtung, zur Hilfe eines ärztlichen Chirurgen und in gewissen Fällen zur Operation des Kaiserschnitts zu greifen. 16. Bei den schwierigen Geburten darf die Hebamme nicht versäumen, das Kind, noch ehe es vollständig geboren ist, sub conditione zu taufen. 17. Alle Gläubigen sollen diesen kleinen Wesen zu helfen suchen, und für sie alle beten, besonders aber für diejenigen, die sich etwa in unmittelbarer Lebensgefahr befinden.

Ferreres und Geniesse schreiben hierzu:<sup>231</sup>

Cangiamila dringt in seinem Werk sehr auf diesen letzteren Punkt. Er verteidigt die gewöhnlich angenommene Meinung, dass das ewige Heil dieser Kinder von den Gebeten, den guten Werken, dem Eifer etc. der anderen Menschen, vor allem aber der Verwandten abhängt. Er führt mehrere Beispiele von Heiligen an, die der Gegenstand der Gnadengaben des Herrn wurden, weil ihre Eltern für sie gebetet, und sie ihm schon vor der Geburt geweiht hatten. Er sagt, dass die Prediger und Beichtväter auf's eifrigste den Eltern empfehlen müssen, für ihre im Mutterleib befindlichen Kinder zu beten.

Dem französischen katholischen Moraltheologen Jean-Pierre Gury (1801-1866) ging es vor allem um die Taufe des noch ungeborenen Kindes.<sup>232</sup>

Das Gesagte gilt nur für den Fall, in dem die Geburt bevorstehend ist, d. h. wenigstens nach dem sechsten Monat. Es scheint unmöglich, einen noch im Mutterleib eingeschlossenen Fötus geringeren Alters taufen zu können, da der Körper des Kindes dann äusserst klein ist und seine Glieder wenig entwickelt sind, und auch weil in den ersten Monaten der Schwangerschaft

231 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 366.

232 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 357.

vollständig der Satz des Hippokrates sich bewahrheitet: Der Hals des Uterus ist bei der schwangeren Frau geschlossen

Doch es gab damals auch Gegner des Kaiserschnitts, so der italienische Priester Raffo von Genua:<sup>233</sup>

*Wenn also eine schwangere Frau stirbt, ist es fast unnütz, zu beanspruchen, dass die Leute sich um das unter ihrem Busen befindliche Kind kümmern. Niemand will etwas davon wissen, auch wenn die Schwangerschaft sich dem 7. oder 8. Monat nähert; wenn sie weniger als 6½ Monate beträgt, ist es verlorene Zeit, von der Operation des Kaiserschnitts etc. zu sprechen. In den Fällen, die mir vorkamen, waren die Frauen 5, 6, 7, und 8 Monate schwanger. In demjenigen, in dem ich einigen Erfolg hatte, war die Frau im 7. Monat ihrer Schwangerschaft. Ich hatte die gute Idee, die Sterbende zu bewegen, sich von ihrem Mann das förmliche Versprechen geben zu lassen, dass das Kind auf natürlichem Wege mittelst einer Spritze getauft werde. Ich glaube, dass dies das Einzige ist, was man erreichen und praktizieren kann, da jede Anstrengung, um die Operation des Kaiserschnitts zu erlangen, vergeblich ist, ausgenommen die Fälle, in denen die Schwangerschaft die Zeit von 200-225 Tagen schon überschritten hat; ... Was die Aerzte betrifft, so weigern sie sich entschieden, wenn der Fötus noch nicht lebensfähig ist und vielleicht werden sie von den bürgerlichen Behörden unterstützt. Der geistliche Beweggrund zur Taufe des Kindes bewegt sie absolut nicht und man kann von Glück sprechen, wenn es einem gelingt, sie zu überzeugen, wenigstens die Taufe im Uterus zu vollziehen. Was die Aerzte betrifft, so weigern sie sich entschieden, wenn der Fötus noch nicht lebensfähig ist und vielleicht werden sie von den bürgerlichen Behörden unterstützt. Der geistliche Beweggrund zur Taufe des Kindes bewegt sie absolut nicht und man kann von Glück sprechen, wenn es einem gelingt, sie zu überzeugen, wenigstens die Taufe im Uterus zu vollziehen*

Rivarolo war jedoch gegen eine Taufe in der Gebärmutter:<sup>234</sup>

*Die wahre Schwierigkeit besteht im Falle noch wenig vorgeschrittener Schwangerschaft... Die Kirche verpflichtet mit grosser Weisheit zur Extraktion des Fötusses und zur Spendung der Taufe, aber sie bestimmt nicht den genauen Zeitpunkt nach der Empfängnis der Frucht, in dem man zu der notwendigen Operation schreiten muss. Gewichtige und gelehrte Theologen und Obstetrikern behaupten jedoch, dass man, wie lang oder kurz auch die Zeit sei, seit der die Verstorbene Mutter geworden, wenn nur ihr Mutterschaftsstand gewiss ist, für die Taufe zu der Operation des Kaiserschnitts schreiten müsse. Aber diese Meinung findet in der Praxis unüberwindbare Hindernisse: 1. in der Ungewissheit und dem Meinungsgegensatz der Vertreter der Wissenschaft hinsichtlich der genauen Zeit der Beseelung und des Lebens des Fötusses; 2. in der sehr grossen Schwierigkeit, in den ersten Monaten den Zustand der Schwangerschaft festzustellen und in der daraus folgenden Unmöglichkeit, andere von der Existenz eines Fötusses zu überzeugen, von dem man noch kein Anzeichen hat; 3. in der Schwierigkeit des Kaiserschnitts und dem Schauder, den die starken Blutergüsse, die bei ihm eintreten, einflössen; 4. in der fast gänzlichen Unmöglichkeit, einen nicht lebensfähigen Fötus lebend aus dem Leib der Verstorbenen herauszuziehen; 5. in dem fast allgemeinen Sichweigern der Sanitätsbeamten, sich für einen von ihnen für nicht lebensfähig gehaltenen Fötus zu einer so schwierigen Operation herzugeben, nur zu dem Zweck eines geistlichen Gutes, von dem sie nichts wissen, oder um das sie sich nicht kümmern oder das sie auch offen verspotten; 6. in dem moralischen Niedergeschlagensein der Familie, die einer geliebten Person sich vom Tode geraubt werden sieht und die einen unbesiegbaren Widerwillen gegen eine so schreckliche Operation fühlen würde; 7. endlich in der geringen oder gar nicht vorhandenen Geneigtheit der Lokalbehörden, für einen religiösen Zweck einen Leichnam vor der Zeit öffnen zu lassen, wo dazu die Erreichung des Zweckes selbst durch die Natur der geburtshilflichen Operation sehr problematisch gemacht würde .*

233 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 352.

234 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 354f.



Offensichtlich wurde in Frankreich der Kaiserschnitt beim Tod einer Schwangeren und fortgeschrittener Schwangerschaft gesetzlich vorgeschrieben, denn im Jahr 1903 baute Prof. Morache ganz auf eine medizinische Begründung:<sup>235</sup>

*Rivarolo hätte noch beifügen können: 8. sehr oft in der Ungewissheit des Todes der Frau und folglich in der Gefahr, durch die Operation den (wirklichen) Tod zu verursachen.*

Ferreres und Geniesse verweisen bei einer Taufe im frühen Stadium einer Schwangerschaft darauf:<sup>236</sup>

*Das Gesagte gilt nur für den Fall, in dem die Geburt bevorstehend ist, d. h. wenigstens nach dem sechsten Monat. Es scheint unmöglich, einen noch im Mutterleib eingeschlossenen Fötus geringeren Alters taufen zu können, da der Körper des Kindes dann äusserst klein ist und seine Glieder wenig entwickelt sind, und auch weil in den ersten Monaten der Schwangerschaft vollständig der Satz des Hippokrates sich bewahrheitet: Der Hals des Uterus ist bei der schwangeren Frau geschlossen.*

Um mit dem Taufwasser wirklich das Kind zu erreichen – ganz zu schweigen, dass man dabei den Kopf des Kindes erreicht; das Kind könnte so liegen, dass man mit dem Taufwasser nur die Füße oder einen anderen Körperteil erreicht –, hätte man auch die Fruchtblase durchstoßen müssen.

Rivarolo sah im Kaiserschnitt eine höchst lebensgefährliche Handlung und sprach sich daher auch für die Taufe in der frühen Schwangerschaft aus. Dagegen gab es auch Widerspruch, wie z.B. von Surbled:<sup>237</sup>

*Die Frage der Taufe im Uterus war einmal eine viel behandelte Streitfrage, aber heute muss man sie als entschieden ansehen. Jedes Kind, das die Frist von sechs Monaten überschritten hat und aus irgend welcher Ursache in Lebensgefahr steht, kann und muss im Mutterleib getauft werden.*

Surbled erklärt eine Taufe im Uterus so:<sup>238</sup>

*Die Taufe im Uterus erfolgt auf den natürlichen Wegen, in der Regel mit einer Sonde oder einer Spritze. Einige bedienen sich eines wassergetränkten Schwamms oder der benetzten Finger. Das Wasser des Sakraments muss bis zu dem Fötus gelangen und muss soweit es irgendwie möglich ist, unmittelbar seinen blossen Kopf berühren. Man muss also den Sack durchbrechen, wenn die Fruchtwasser keinen Abfluss haben. Da unter hundert Malen wenigstens 90 Male der Kopf nach vorn liegt, sieht man, dass die Taufe im Uterus meistens anwendungs- und gültigkeitsfähig ist*

Ferreres und Geniesse schreiben über diesen Streit:<sup>239</sup>

*Was soll man zu diesen zwei gegenteiligen Meinungen sagen, derjenigen Gury's und seiner Anhänger, die behaupten, dass man die Taufe im verschlossenen Uterus mit Gültigkeit spenden könne, und derjenigen Eschbach's, der das Gegenteil lehrt? Wie bei anderen Meinungsverschiedenheiten sind auch hier die gegenteiligen Meinungen übertrieben. In Anbetracht dessen, dass in der Praxis die Taufe im Uterus in den ersten Monaten der Schwangerschaft sehr häufig zweifelhaft bleiben wird und dass man sie nicht leicht beibringen kann, rät der treffliche Pater Eschbach zur Operation des Kaiserschnitts und hierin bin ich mit ihm einverstanden.*

Einer der Autoren begründet den Vorzug des Kaiserschnitts damit:<sup>240</sup>

---

235 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 355.

236 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 357.

237 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 355f.

238 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 356.

239 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 357.

240 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 358.



*Ich selbst habe die Embryologie und Obstetrik ziemlich eingehend studiert und habe hier in Rom mehrere Professoren und Männer, die in diesen Zweigen der Wissenschaft praktisch geschult sind, befragt; folgendes ist, kurz gefasst, wozu ich gekommen bin:*

*Die Operation des Kaiserschnitts ist der Taufe im Uterus weit vorzuziehen. Bei dieser Operation ist die Taufe immer sicher gültig, während die Taufe im Uterus besonders in den ersten Monaten sehr oft Zweifel übrig lassen wird: es wird stets auf den Zeitpunkt der Schwangerschaft ankommen, ob der Fötus sich innerhalb des Uterus, oder ausserhalb desselben befindet, welches seine Lage in diesem ist, ob es sich um einen Fötus oder mehrere handelt; es wird auf die Geschicklichkeit des Operateurs, die Instrumente, die er zur Hand hat etc. ankommen. Ich lasse die unter den Theologen umstrittene Frage bei Seite, ob die Taufe, die dem Kinde noch im Mutterleibe gespendet wurde, sicher gültig sei: die Gründe derer, die für ihre Verneinung eintreten, scheinen mir von geringem Wert.*

Einer der Autoren fügt hinzu:<sup>241</sup>

*Soeben habe ich in einer obstetrischen Abhandlung die Figuren mit dem Text durchgesehen; man sieht hier, dass bis zum Ende des 6. Monats der Schwangerschaft der Hals des Mutterleibs so eng geschlossen ist, dass besonders bei den erstmalig gebärenden Frauen es fast immer äusserst schwer sein würde, einen auch sehr feinen Schlauch einzuführen. Hierin hat der gelehrte Eschbach vollkommen Recht. Ebenso Recht hat er, wenn er sagt, dass die Glieder des Fötus wenig entwickelt sind; dies gilt vor allem, wenn es sich um die ersten drei Monate seiner Bildung handelt.*

Ferreres und Geniesse halten den von Rivarolo genannten Schwierigkeiten entgegen:<sup>242</sup>

*1. von Rivarolo betonte Schwierigkeit. Ich weise zunächst darauf hin, dass diese Schwierigkeit, wie einige andere von Rivarolo vorgebrachten, auch von der Taufe im Uterus gilt. Wenn man sodann die Geschichte der Meinungen über den Zeitpunkt der Beseelung des Fötus durchgeht, und wenn man die Argumente, auf welche sich diese Meinungen stützen, abwägt, wird man sich leicht von der Wahrheit oder doch höchsten Wahrscheinlichkeit derjenigen Meinung überzeugen, die gegenwärtig die herrschende ist und, die vor den Scholastikern des Mittelalters ziemlich allgemein die herrschende war. (Cfr. Eschbach 1. e., 8. 203 ff).*

*2. Schwierigkeit. Hier liegt wirklich eine gewisse Schwierigkeit vor; doch sind die Zeichen der Schwangerschaft derart, dass man im Allgemeinen nach wenigen Wochen eine hinreichende subjektive Gewissheit ihrer Existenz haben kann. Die Schwierigkeit würde sich sehr verringern, wenn die verheirateten Frauen gewisse äusserst wichtige Dinge besser kennen würden, die sie niemand lehrt.*

*3. Schwierigkeit. Diese Dinge waren einst wahr, sind es heute aber nicht mehr. Tarnier und Budin, Traite de l'art des accouchements, Paris, 1901, B. IV. S. 514 (von Eschbach l. c., S. 344 angeführt) sagen: « Von allen geburtshilflichen Operationen ist sicherlich der Kaiserschnitt eine derjenigen, die von den Fortschritten der modernen Chirurgie am meisten Vorteil gezogen haben. Die strenge Anwendung der Asepsis und Antisepsis einerseits, die beträchtliche Vervollkommenung der Operationstechnik andererseits haben ihre Prognostik gänzlich umgestaltet, die heute eine ebenso beruhigende ist, als sie früher Furcht erregte ».*

Als Fazit in diesem Streit wird gezogen:<sup>243</sup>

*Die Operation des Kaiserschnitts ist der Taufe im Uterus weit vorzuziehen. Bei dieser Operation ist die Taufe immer sicher gültig, während die Taufe im Uterus besonders in den ersten Monaten sehr oft Zweifel übrig lassen wird: es wird stets auf den Zeitpunkt der Schwangerschaft ankommen, ob der Fötus sich innerhalb des Uterus, oder ausserhalb*

241 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 357.

242 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 358f.

243 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 358.

*desselben befindet, welches seine Lage in diesem ist, ob es sich um einen Fötus oder mehrere handelt; es wird auf die Geschicklichkeit des Operateurs, die Instrumente, die er zur Hand hat etc. ankommen. Ich lasse die unter den Theologen umstrittene Frage bei Seite, ob die Taufe, die dem Kinde noch im Mutterleibe gespendet wurde, sicher gültig sei: die Gründe derer, die für ihre Verneinung eintreten, scheinen mir von geringem Wert.*

Es wird auch die Durchführung einer Taufe im Uterus beschrieben:<sup>244</sup>

*In den ersten Monaten der Schwangerschaft muss man vor allem den Hals der Gebärmutter erweitern: die Chirurgen wenden hierzu Laminarien (eine Art ganz feiner Röhrchen) an, die sich nach und nach verdicken, dann einen Erweiterer (es gibt deren von verschiedenen Erfindern); man könnte auch die Finger anwenden (doch muss man hierbei Acht geben, dass man keine Verletzung verursacht), aber in den ersten Monaten ist die Erweiterung durch die Finger ziemlich schwierig. Dann wird man mit dem Finger das Ei suchen und mit den Nägeln seine Häute zerreißen müssen: dies ist ein Mittel, das keine Gefahr für den Fötus in sich schliesst; wenn man sie mit der Schere, mit dem Ende eines Röhrchens etc. zerreisst, kann man, wenn man nicht mehr als praktisch ist, besonders in den ersten Monaten den Fötus und manchmal auch die Mutter verwunden. Dann muss man das Fruchtwasser abfließen lassen, indem man zu diesem Abfluss durch einen sanften Druck auf den Unterleib hilft; hierauf suche man den Kopf des Fötus mit einem oder mehreren Fingern und führe das Ende des Röhrchens einer Spritze ein, indem man es mit dem Finger an dem Kopf festhält, eine andere Person muss das Wasser in möglichst grosser Quantität einspritzen und dabei die Taufformel aussprechen. Im Hospital S. Giovanni in Laterano in Rom befindet sich ein von Pius IX. geschenkter Apparat, um in solchen Fällen die Einspritzung vorzunehmen; er ist eben so eingerichtet, wie ich ihn beschrieben habe: man braucht zwei Personen zu seiner Anwendung. Einige Autoren sagen, dass man mit einem oder mehreren benetzten Fingern taufen könnte: siehe hierüber die Antwort des S. Offiziums vom 14. Dez. 1898.*

Um 1900 nahm man an, dass die Fruchtblase nicht zum Kinde, sondern zur Mutter gehört:<sup>245</sup>

*Wir nehmen an, dass der Fötus nicht mehr von der Deidua genannten Eihaut bedeckt sei, da diese bestimmt zur Mutter und nicht zum Fötus gehört und deshalb die über ihr vollzogene Taufe zweifellos ungültig ist; ef. Gury - Ferreres, Comp. theol. mor., vol. 2., n. 239; Capellmann, Medicina pastoralis, pag. 103.*

Ferreres und Geniesse erweisen auch auf die Dekrete des Heiligen Offiziums, heute die Glaubenskongregation:<sup>246</sup>

*Auch sollten wahrlich die Aerzte nicht vergessen, dass nach der Lehre der Theologen und den Dekreten des S. Offiziums (z. B. Dekret vom 24. Mai 1884, 12. August 1888 und 21. Juli 1895), in welche Gefahr auch immer die Geburt die Mutter oder den Fötus oder auch beide zusammen bringen mag, es niemals erlaubt ist, direkt den Abortus eines lebenden Fötus herbeizuführen, oder irgend welche andere Handlungen vorzunehmen, durch welche man direkt den Fötus töten kann. Erlaubt ist die sogenannte « verfrühte künstliche Geburt », wenn das Kind extra uterum lebensfähig ist und die Schwere des Falls dazu rät (S. Off., 4. Mai 1898). Cfr. Gury - Ferreres, Comp. theol. mor., vol. I, n. 401 bis seqq.; Eschbach 1. e. und De ectopieis conceptibus, Romae 1894, p- 10 seqq.; Antonelli, Medicina pastoralis, Romae 1905, vol. I, n. 500 seqq.*

Zur Überlebenswahrscheinlichkeit schreiben die beiden Autoren:<sup>247</sup>

*Da feststeht, dass häufig nach dem Tode der Mutter das Kind am Leben bleibt, folgert man in*

244 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 372.

245 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 15.

246 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 17.

247 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 17.

zweiter Linie hieraus, dass der Arzt die Operation des Kaiserschnitts vollziehen muss, damit der Fötus getauft werden kann, sowie auch um ihm, wenn er noch lebt, das zeitliche Leben zu retten.

### 2.2.3 Aus der modernen Medizin

Zur Größe der Plazenta ist angegeben:<sup>248</sup>

*Die voll entwickelte Plazenta (ca. ab dem 4. Schwangerschaftsmonat) enthält ca. 200 dieser Läppchen. Zum Zeitpunkt der Geburt ist die Plazenta etwa 500 g schwer, die Basalfläche umfasst ca. 200 cm<sup>2</sup>.*

Zur Sauerstoffversorgung heißt es darin:<sup>249</sup>

*Fetomaternaler Stoffaustausch: Die Plazentazotten gleichen weit verzweigten, baumartigen Gebilden (bestehend aus Stamm-, Zwischen- und Endzotten), die von der Chorionplatte aus in den intervillösen Raum hineinragen, wo sie von mütterlichem Blut umspült werden. Sie führen fetale Blutgefäße, die über die beiden Nabelschnurarterien (vgl. unten) mit substrat- und sauerstoffarmem Blut gespeist werden.*

Wenn eine Schwangere medikamentös behandelt werden muss, ist dies zu beachten:<sup>250</sup>

*Schutz des Fetus, In nicht allzu seltenen Fällen müssen auch schwangere oder bereits stillende Patientinnen auf einer Intensivstation medikamentös behandelt werden. Der Arzt hat es hier mit der einzigartigen Situation zu tun, dass 2 unterschiedliche Organismen, Mutter und Fetus bzw. Säugling, demselben verabreichten Arzneistoff ausgesetzt sind aufgrund der Fähigkeit fast aller systemisch applizierten Arzneimittel, die Plazenta zu passieren bzw. in die Muttermilch überzugehen. Dies kann wiederum nicht vorhersehbare und ggf. irreversible Folgen für die Entwicklung des kindlichen Organismus mit sich bringen. Aus diesem Grunde müssen in der Schwangerschaft und Stillzeit alle Medikamente unter strengster Indikationsstellung verabreicht werden.*

Zur Immunkompetenz des ungeborenen Kindes heißt es:<sup>251</sup>

*Infektionskrankheiten bei Neugeborenen und Kleinkindern werden von Infektionsmodus und immunologischer Kompetenz geprägt. Dem Neugeborenen bietet die Mutter einerseits aufgrund ihrer transplazentaren Antikörper einen Schutz bei nur relativer Immunkompetenz, andererseits stellt sie jedoch auch eine häufige Infektionsquelle dar (vorzeitiger Blasensprung, mütterliche Infektion).*

Bezüglich einer Schwangerschaft bei Hirntod heißt es:<sup>252</sup>

*Das Vorliegen von Fieber - als potenziell oberer Halsmarkleistung - widerspricht nach den Richtlinien der Feststellung des Hirntodes nicht. Dasselbe wurde für das Fortbestehen einer intakten Schwangerschaft festgelegt, weil diese vornehmlich durch die Plazenta aufrechterhalten werde. Die Richtlinien fordern formal auch nicht das Vorliegen eines Diabetes insipidus oder eines Zusammenbruchs des Salz- und Wasseräquilibriums auf der Grundlage ausgefallener hypothalamisch-hypophysärer Leistungen. - Zumindest bewusst machen sollte man sich im Rahmen der Hirntoddiagnostik einmal mehr die komplexe Steuerung der Tränensekretion. Das Zusammenspiel von sympathischen, parasympathischen und nicht neuronalen Elementen scheint letztlich nicht vollständig geklärt zu sein*

248 Matthias Krams, Sven Olaf Frahm, Udo Kellner, Christian Mawrin: Kurzlehrbuch Pathologie. 2. Auflage. Stuttgart 2013, 387.

249 Matthias Krams, Sven Olaf Frahm, Udo Kellner, Christian Mawrin: Kurzlehrbuch Pathologie, 387.

250 Hugo Vann Akken, Konrad Reinhart, Tobias Welte, Markus Weigand (Hg.): Intensivmedizin. 3. Auflage. Stuttgart 2014, 359.

251 Hugo Vann Akken, Konrad Reinhart, Tobias Welte, Markus Weigand (Hg.): Intensivmedizin, 396.

252 Hugo Vann Akken, Konrad Reinhart, Tobias Welte, Markus Weigand (Hg.): Intensivmedizin, 1057.

## 2.2.4 Schwangerschaft und die Hirntoddiagnostik

### Schwangerschaft und die Hirntoddiagnostik bis 1950

Diese Zeilen stellen Parallelen zu Schwangerschaften bei Hirntod dar:<sup>253</sup>

*Die Gegner werden vielleicht darauf bestehen, dass die Krankheit der Mutter dem Fötus den Tod bringe, und dass auch häufig der Abortus vor dem Tod eintritt. Darauf antworte ich, dass, wenn dieses wahr wäre, es mehr oder weniger von den Fötussen aller Alter gelten würde. Es ist jedoch durchaus nicht wahr, vor allem nicht, wenn das Verscheiden der Mutter von einem der zahlreichen Anfälle, welche den plötzlichen Tod herbeiführen, verursacht ist; als Beweis haben wir die von Cangiamila und Debreyne angeführten Tatsachen (1). Man muss vor Augen haben, dass der Fötus sein eigenes Leben lebt, obwohl er von der Mutter den Sauerstoff und die ihm nötigen Nahrungsmittel empfängt; er wird also zu leben fortfahren können, solange er nicht seine Reserve aufgezehrt hat; er wird auch nach dem Tod der Mutter einige Zeit lang von ihr das entnehmen können, was er zum Leben braucht.*

In der Fußnote (1) heißt es:<sup>254</sup>

*Hören wir einen anderen von Cangiamila 1. c., 8. XXV angeführten Beweis: « Unendlich viele Mütter, die seit drei, zwei, einem Monat schwanger waren, wenn sie in Folge bössartiger, tödlicher oder giftiger Fieber in äusserste Lebensgefahr kamen und dann genesen, sind in ihrem Schwangerschaftszustand geblieben und haben dann zu seiner Zeit ein lebendes Kind geboren. Das beweist die Unrichtigkeit dessen, dass die Krankheit der Mutter das Blut des noch zarten Fötusses so verderbe, dass er notwendig sich tot vorfinden müsste, sobald die Mutter tot ist.*

Weiter heißt es dort hierzu:<sup>255</sup>

*Es mag angebracht sein, zu bemerken, dass der Uterus lange seine Vitalität bewahrt und das Organ ist, das zuletzt von der Verwesung ergriffen wird (2); daraus kann man entnehmen, dass der Fötus in ihm weniger, als man glaubt, dem Einfluss der Wirkungen der Krankheit und des Todes der Mutter unterliegt. Der Fötus nimmt direkt vom Uterus die Elemente, die er braucht, und das gilt vor allem in den ersten Wochen, die der Bildung des Mutterkuchens vorangehen. Nach dem Auftreten dieses Organs hören die Fruchtwasser des Amniums auf, die ausschliessliche Grundlage der Ernährung des Fötus zu sein, aber sie fahren doch fort, an ihr teilzunehmen (cfr. Dr. Mariano Bianchi, Embriologia umana, Rom, 1899, S. 218); und wenn die Funktionen des Mutterkuchens aufgehoben sind, so zehrt der Fötus die Nahrungselemente des Fruchtwassers des Amniums auf, (cfr. Cangiamila, 1. c., S. 134 f.). Die erwachsenen Kranken können, wie wir oben gesehen, besonders in gewissen Lethargiezuständen lange Zeit fast ohne Nahrung und ohne Luft leben: noch mit mehr Grund muss dasselbe bei dem Fötus der Fall sein.*

Schwangere Frauen sind ein Randthema bei der Todesfeststellung. Daher wurden sie hier auch nicht gründlich ausgearbeitet. Es wäre dies jedoch eine eigene Arbeit wert.

Eigens hinzuweisen ist jedoch auf die Schwangerschaft bei Hirntod. Sie wird von Kritikern des Hirntodkonzeptes (Gleichsetzung von Hirntod und Tod des Menschen) gerne als „Beweis“ verwendet, dass es sich bei Hirntoten nicht um Tote handelt, da aus einer Toten kein lebendes Kind geboren werden könne. Dem ist entgegenzuhalten, dass aus einer künstlichen Gebärmutter sehr wohl ein lebendes Lebewesen geboren werden kann.

---

253 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod. Coblenz 1908, 362.

254 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 362.

255 P.J.B. Ferreres, J.B. Geniesse: Der wirkliche Tod und der Scheintod, 362f.



## Schwangerschaft und die Hirntoddiagnostik seit 1950

Wenn an einer Frau der Hirntod festgestellt wird bald die intensivmedizinische Therapie beendet, was zum Herzstillstand binnen weniger Minuten führt, oder, wenn gesunde Organe und eine Zustimmung zur Organspende vorliegen, werden ihr die Organe entnommen. Ist die Frau jedoch schwanger, stirbt in beiden Fällen das ungeborene Kind. Im Anamnesebogen der Verfahrensanweisungen der DSO für eine Organentnahme (Stand Juli 2024) lautet die Frage: „Bestehen Anhaltspunkte für eine Schwangerschaft [] ja [] nein [] unbekannt“.<sup>256</sup>

Es wird somit bei Frauen im gebärfähigen Altern nur auf „Anhaltspunkte“ geschaut, und auch nur bei den Frauen, bei denen eine Zustimmung zur Organspende vorliegt. Es ist nach Feststellung des Hirntodes kein Schwangerschaftstest vorgeschrieben.

Es ist verwunderlich, dass diese Todesgefahr für das ungeborene Kind noch keinen Lebensschützer auf den Plan gerufen hat, bei jeder Hirntoddiagnostik an einer Frau einen Schwangerschaftstest durchführen zu lassen, um das Leben des ungeborenen Kindes auf jeden Fall versuchen zu retten.

Mit der Verabschiedung des TPG im Jahr 1997 übergab der Gesetzgeber der BÄK die Richtlinienkompetenz für die Erstellung und Aktualisierung der Richtlinie für die HTD.

### *§ 16 Richtlinien zum Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft bei Organen*

*(1) Die Bundesärztekammer stellt den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft in Richtlinien fest für*

*1. die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 einschließlich der dazu jeweils erforderlichen ärztlichen Qualifikation,*

*1a. die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 4a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1,*

*2. die Regeln zur Aufnahme in die Warteliste nach § 10 Abs. 2 Nr. 2 einschließlich der Dokumentation der Gründe für die Aufnahme oder die Ablehnung der Aufnahme,*

*3. die ärztliche Beurteilung nach § 9a Absatz 2 Nummer 1, ...*

Der Verfasser wies seit 2015 die BÄK mehrmals auf dieses Problem hin und regte an, dass nach Feststellung des Hirntods an jeder Frau im gebärfähigen Alter ein Schwangerschaftstest durchgeführt wird, um sicherzustellen, dass durch Beendigung der Therapie oder durch Organentnahme das ungeborene Kind nicht unbeabsichtigt getötet wird. Dieser Hinweis auf den Schwangerschaftstest sollte daher in das Protokoll der HTD aufgenommen werden.<sup>257</sup> Die BÄK verwies in ihrer Antwort lediglich auf die Verfahrensanweisungen der DSO. Diese trifft jedoch nur bei einer anstehenden Organentnahme zu und ist bezüglich einer eventuellen Schwangerschaft sehr vage formuliert.

<sup>256</sup> [https://dso.de/SiteCollectionDocuments/DSO\\_Verfahrensanweisungen\\_Gesamt.pdf](https://dso.de/SiteCollectionDocuments/DSO_Verfahrensanweisungen_Gesamt.pdf)

<sup>257</sup> Die HTD klärt auf, ob Koma (Leben) oder Hirntod (Tod) vorliegt. Bei schwangeren Hirntoten sollte nicht nur auf die Hirntote geschaut werden, sondern auch auf ihr ungeborenes Kind. Damit dieses bei der HTD nicht übersehen wird, sollte nach der Feststellung des Hirntodes bei jeder Frau im gebärfähigen Alter ein Schwangerschaftstest durchgeführt werden, damit man auf jeden Fall dem ungeborenen Kind eine Überlebenschance geben kann. Wenn schon die Frau tot ist, kann das Überleben des ungeborenen Kindes für die Hinterbliebenen ein Trost sein.



## 2.3 Dissertationen und Bücher

### 2.3.1 Spengler: Über die ärztliche Leichenschau (1978)

Brigitte Juliane Spengler reichte **1978** in Tübingen ihre medizinische Dissertation „Über die ärztliche Leichenschau. Gedanken zur Vermeidung fehlerhaften Feststellungen des Todes“ ein.

In der medizinischen Dissertation „Über die ärztliche Leichenschau“ (1978) wird aus § 20 des Bestattungsgesetzes Baden-Württembergs vom 21.07.1970 mit den Worten zitiert:<sup>258</sup>

*Menschliche Leichen und Totgeburten (Leichen) sind zur Feststellung des Todes, des Todeszeitpunktes, der Todesart und der Todesursache von einem Arzt zu untersuchen (Leichenschau).*

Aus § 3 des Berliner Bestattungsgesetz vom 02.11.1973 wird zitiert:<sup>259</sup>

*Jede Leiche ist zur Feststellung des Todes, des Todeszeitpunktes, der Todesart und der Todesursache von einem Arzt zu untersuchen (Leichenschau).*

Aus § 1 des Niedersächsischen Bestattungsgesetzes vom 29.03.1963 wird zitiert:<sup>260</sup>

*Jede menschliche Leiche ist zur Feststellung des Todes, der Todesart und der Todesursache von einem Arzt zu untersuchen (Leichenschau). Der Arzt hat hierüber eine Todesbescheinigung (Leichenschauschein) nach vorgeschriebenem Muster auszustellen.*

Auf Seite 49 der Dissertation wird auf den Fortschritt verwiesen:

*Die klassische Definition des Individualtodes hat durch den Fortschritt in Medizin und Technik gewisse Einbußen erlitten, indem dieses Aufhören der elementaren vitalen Erscheinungen kein zeitlich abrupter, sondern ein organspezifisch unterschiedlich lang anhaltender Prozeß ist. Nur so konnte man der Idee von der Organtransplantation Realität verschaffen. Begriffe wie Organ- oder Zelltod, aber auch Hirntod und individueller Tod haben seit Beginn der Transplantationschirurgie bedeutendere Stellenwerte erhalten.*

Nachfolgend wird auf einige Papiere verwiesen, die den Hirntod als den Tod des Menschen ansehen:

- Erklärung von Sydney (1968)

Die XXII. Generalversammlung des Weltärztebundes thematisierte die Feststellung des Todes unter intensivmedizinischen Bedingungen.<sup>261</sup>

- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (1967)

Die Autorin nennt dies eine „voreilige Richtlinie“, die bald von Käufer und Penin (1968) sowie Bushart und Rittmeyer (1969) kritisiert wurde.

Auf Seite 50 wird die Gründung des Hirntodkonzeptes – Gleichsetzung von Hirntod und Tod des Menschen – beschrieben:

*Auf Grund moderner Intensivtherapie könnten bei anoxisch irreversibel geschädigtem Gehirn Herzaktion und Atmung spontan oder assistiert fort dauern. "Diese Erkenntnis", so folgern die Autoren, "rechtfertigt die Frage, ob die bisherige Konzeption von der klinischen*

258 Brigitte Juliane Spengler: Über die ärztliche Leichenschau. Gedanken zur Vermeidung fehlerhaften Feststellungen des Todes. Tübingen 1978, 12.

259 Brigitte Juliane Spengler: Über die ärztliche Leichenschau. 24.

260 Brigitte Juliane Spengler: Über die ärztliche Leichenschau. 31f.

261 Nicht in der Dissertation steht ein wichtiger Satz der „Erklärung von Sydney“: „Vor dem Gesetz liegt die Verantwortung für die Bestimmung des Todeszeitpunktes in den meisten Ländern in der Hand des Arztes, und das sollte auch so bleiben.“ Damit spielen sie auf die Worte von Papst Pius XII. in seiner Antwort vom 24.11.1957 an Bruno Haid an. Dieser sagte bereits, dass es Aufgabe des Arztes ist, den Tod des Menschen festzustellen.

*Todeszeitbestimmung in Abhängigkeit von der Herzaktion noch Gültigkeit besitzt, oder ob gegenüber der Tätigkeit des Herzens die Funktion des Gehirns als die eines integrierenden, persönlichkeitsbestimmenden Organs nicht höher zu werten ist. Der Individualtod" werde dabei von mancher Seite, - so von SCHWAB, POTTS und BONAZZI (1963), SPANN und LIEBHARDT (1966) oder SCHARFETTER und SCHMOIGL (1967) -, mit dem Hirntod gleichgestellt,*

Auf Seite 51 heißt es weiter:

*In Anlehnung an SCHWAB, POTTS und BONAZZI (1963) definieren KÄUFER und PENIN die "obligaten Zeichen des cerebralen Todes" wie folgt:*

- 1. Tiefes Koma mit Atonie und völliger Areflexie.*
- 2. Keine Reaktion auf starke äußere Reize wie Stechen, Kneifen, Anwendung intensiver Trigeminusreizstoffe.*
- 3. Beiderseitige Mydriasis ohne Lichtreaktion der Pupillen.*
- 4. Keine Spontanatmung.*
- 5. Erst nach Erhebung der Befunde 1 bis 4 Ableitung des EEG unter Berücksichtigung folgender Kautelen:*
  - 5.1. Maximale, zumindest dreifache Verstärkung, die mit der Eichung des Elektroencephalographen vor jeder Ableitung nachgewiesen sein muß (= technischer Test).*
  - 5.2. Gleichzeitige Registrierung von Elektrokardiogramm und Atmung, die ein weiterer Beweis dafür sind, daß das EEG-Gerät technisch einwandfrei arbeitet, ferner die Unterscheidung von Artefakten erleichtert.*
  - 5.3. Kontinuierliche EEG-Ableitungen von mindestens 20 Minuten mit nicht weniger als vier Verstärkerkanälen, damit intermittierende bioelektrische Schwankungen nicht übersehen werden.*

### **2.3.2 Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie (1986)**

Elisabeth Vogl reichte 1986 in München ihre medizinische Dissertation „Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie“ ein.

Dr. Crève zu Mainz bemühte sich im Jahr **1796** darum, mit Galvanismus – er brachte Zink- und Silberplatten zusammen – Scheintod vom echten Tod zu unterscheiden. Auch Dr. Heidmann zu Wien verwendete hierzu Galvanismus.<sup>262</sup>

Hufeland war zwar der Meinung, „daß da, wo das Herz wegen völlig erloschener Reizbarkeit gänzlich still steht, der wirkliche Tod zugegen sey“, sah es jedoch als trügerisch an, „wenn man einen Menschen bloß aus dem Grunde, weil er nicht mehr athmet, für wirklich gestorben erklärt. Die Function des Athmens kann scheinbar auf Stunden, und unter gewissen Umständen selbst tagelang, so ganz stille stehen, daß eine dem Mund vorgehaltene Flaumfeder nicht die geringste Bewegung verräth und dennoch erwacht der unmerkliche Lebensfunke zuweilen wieder, wie die Erfahrung gelehrt hat. Die jüdischen Erprüfungen des Lebensüberrestes mittels der Flaumfeder, oder eines vor Mund und Nase gehaltenen kalten Spiegels und polirten Stahles, die beym unterbrochenen Athmen der Scheinleiche doch nicht anlaufen können - sind daher höchst dürftige Prüfungsmittel.“ Unsichere Todeszeichen seien auch „wenn aus geöffneten Adern kein Blut mehr fließt“ oder „ein erweiterter Augenstern, der Mangel des im Leben uns natürlichen Augenglanzes, das Zusammenfallen der Hornhaut, das Erschlaffen der Augenhäute, - kurz, die Dunkelheit und das Gebrochenseyn der Augen“

<sup>262</sup> Elisabeth Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie. (med. Diss.) München 1986, 99.

sowie auch „die Erschlaffung der Muskeln und Sehnen und besonders des Schließmuskels des Afters“, da diese Zeichen auch bei Scheintoten beobachtet werden können. Anders seine Einstellung zur Elektrizität: „Es ist glaublich, daß die Elektrizität vielleicht das beste Prüfungsmittel des Todes, und auch das beste Reizmittel zur Wiederbelebung seyn könne.“<sup>263</sup>

Für Professor Crévve aus Mainz gab es **1791** nur ein unfehlbares Kennzeichen des wahren Todes, „die allgemeine Fäulniß der Leiche“.<sup>264</sup>

Professor Metzger schloss sich in seinem **1792** erschienenen Buch „Über die Kennzeichen des Todes und den auf die Ungewissheit derselben gegründeten Vorschlag, Leichenhäuser zu errichten“, Hufeland zum Teil an. Auch für ihn sind fehlender Herzschlag und fehlende Atmung keine sicheren Todeszeichen. Es sah Totenstarre und Hornhauttrübung der Augen als sichere Todeszeichen an, sowie den Totengeruch. Dies stellt er mit der Fäulnis an erste Stelle der Todesfeststellung: „Daß nun die Fäulniß den wirklichen Tod beurkunde, wird durchgängig eingestanden. Allein, wenn auch von den vorher erwähnten Kennzeichen des Todes keines an und für sich ein zuverlässiges Zeugnis ablegt, daß der wirkliche Tod da sey, so glaube ich doch zuversichtlich, daß sie, von der Asphyxie bis zu den Todtenflecken collectiv zusammengenommen, auch ohne die schon eingetretene Fäulniß, ein sicheres und unbezweifeltes Criterium des wirklichen Todes ausmachen.“<sup>265</sup>

Dr. Joh. Anton Heidmann erkannte in seiner Schrift „Zuverlässiges Prüfungsmittel zur Bestimmung des wahren und des Scheintodes“ (**1804**) Fäulnis nicht als sichere Todeszeichen an. Er vertraute ausschließlich dem Galvanismus mit der Voltaschen Säule. Auch Hufeland und Chr. August Struv vertrauten auf den Galvanismus.<sup>266</sup>

Ludwig August Kraus empfahl in seiner „Praktischen Anweisung zur gerichtlichen Leichenuntersuchung“ (**1837**) als Mittel zur Verhütung des Lebendigbegrabens nur „eine möglichst lange Aufbewahrung der Leichen vor der Bestattung, und zwar wenigstens bis zum Eintritt einer unverkennbaren Fäulnis.“<sup>267</sup>

Vogl zählt in ihrer Dissertation verschiedene „Lebensproben“ auf, die im 19. Jh. praktiziert wurden, um den Scheintod vom wahren Tod unterscheiden zu können.<sup>268</sup>

*Um eine Verwechslung von Scheintod und Tod zu vermeiden, hat man sich in der Medizin recht eifrig mit sogenannten Lebensproben beschäftigt.*

*Ältere Lebensproben:*

- 1. Spiegelprobe: Feine Atembewegungen versucht man dadurch nachzuweisen, daß man einen Spiegel unter die Nase hält und sieht, ob er "beschlägt".*
- 2. Federprobe: Es wird eine Feder vor Mund und Nase gehalten und man sieht, ob sich die Feder bewegt.*
- 3. Siegellackprobe: Man träufelt Siegellack auf die Haut und beobachtet ein etwaiges Auftreten von Abwehrbewegungen und anderen Reflexen und achtet auf Blasenbildungen oder sonstige reaktive Entzündungserscheinungen.*
- 4. Wasserglasprobe (Winslow): Ein bis zum Überlaufen gefülltes Glas Wasser wird auf den Thorax im Bereich der letzten Rippenknorpel gestellt.*
- 5. Brennprobe: Man tropft siedendes Öl oder Ätzmittel auf die Haut oder kneift die Fußsohle*

263 Elisabeth Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie. (med. Diss.) München 1986, 102.

264 Elisabeth Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie. (med. Diss.) München 1986, 103.

265 Elisabeth Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie. (med. Diss.) München 1986, 104.

266 Elisabeth Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie. (med. Diss.) München 1986, 101.

267 Elisabeth Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie. (med. Diss.) München 1986, 104.

268 Elisabeth Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie. (med. Diss.) München 1986, 105f.

*mit glühenden Eisen und beobachtet etwaige Reaktionen.*

6. *Thoraxschnitt über dem Herzen: Man steckt den Finger in den Thorax und fühlt, ob das Herz noch tätig ist.*
7. *Seifenschaumprobe: Man füllt Mund- und Nasenöffnungen mit Seifenschaum aus und beobachtet, ob feine Atembewegungen den Seifenschaum noch bewegen.*
8. *Pulsaderschnitt: Es wird eine Arteriotomie, also ein Aufschneiden der Arteria radialis nach Freipräparierung vorgenommen. Sollte es hierbei wider Erwarten zu einer pulsierenden Blutung kommen, so ist ein Abklemmen und eine Unterbindung der Arterie praktisch nicht schwierig und bedeutet auch keine wesentliche Schädigung des Scheintoten.*
9. *Man kontrolliert mit dem Augenspiegel, ob die Gefäße der Retina noch Zirkulation aufweisen.*
10. *Schnürt man einen Finger zirkulär ab, so tritt distal von der Abschnürung eine deutliche Blaufärbung ein.*
11. *Bei Einträufelung einer 5 %igen Dioninlösung in das Auge soll bei vorhandenem Leben eine Rötung des Augapfels auftreten.*
12. *Es wird empfohlen, in Mund und Nase Filtrierpapierstreifen oder Wattebäusche zu stecken, die mit einer 2 %igen Lösung von Bleiacetat getränkt werden. Schwärzt sich das Bleiacetat infolge Bildung von H<sub>2</sub>S, so weiß man, daß Fäulniserscheinungen auftraten und der Betreffende tot ist. Doch dauert es lange, bis eine derartige Schwärzung eintritt. Bei Nachprüfungen wurde die Schwärzung auch sieben Stunden nach dem Tode noch nicht festgestellt, obwohl Kontrolluntersuchungen an gleichartig behandelten Wattebäuschen positiv ausfielen.*
13. *Man kann auch, wie oben bereits erwähnt, die elektrische Erregbarkeit der Muskulatur prüfen (Galvanismus, Galvanodesmus). Doch bleibt diese Erregbarkeit bis zu sechs Stunden nach dem Tod erhalten.*

Als „moderne Lebensproben“ gibt Vogl in ihrer Dissertation an:<sup>269</sup>

1. Röntgen-Probe (Piga, **1927**): Es wird eine Röntgenaufnahme mit längerer Exposition angefertigt. Wenn noch eine Herzaktion vorhanden ist, zeigt sich ein verschwommen dargestellter Herzrand.
2. Fluoreszinprobe: Besonders von französischer Seite wird die Prüfung der Zirkulation durch Injektion einer von Icard angegebenen Fluoreszinslösung empfohlen. Bei intravenöser Injektion einer Lösung von 5 g Fluoreszin-Natrium in 20 ml destilliertem Wasser werden die Conjunktiven und die Schleimhäute binnen 1/2 Stunde gelb. Sie leuchten unter der Quarzlampe intensiv grün auf.
3. Bromthymolblauprobe: Da nach dem Tode eine saure Gewebsreaktion auftritt, kann man mit Indikatoren Seidenfäden einfärben, diese dann ins Gewebe einstechen und nach einiger Zeit herausziehen. Bromthymolblau eignet sich als Indikator (Rebello, **1922**). Eine Reihe solcher Methoden wurde von Royo-Villanova y Morales 1927 zusammengestellt.
4. EKG-Probe: Bei Toten sind keine Aktionsströme nachweisbar. Bei Sterbenden wurde ein EKG abgeleitet (Mazzasalma, **1954**) und war noch wiederholt positiv, als Puls und Herztöne nicht mehr nachweisbar waren. EKG-Provokation: Einspritzen von Adrenalin in das Herz und nachfolgende EKG-Ableitung (Franchi, **1951**). In zweifelhaften Fällen wird oft eine intrakardiale Injektion vorgenommen. Ist hierbei bei genauer Beobachtung der Nadel keinerlei Pulsation zu bemerken, so spricht dies gleichfalls für den Eintritt des Todes.

---

<sup>269</sup> Elisabeth Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie. (med. Diss.) München 1986, 106f.

5. Äther-Probe: Injiziert man einmal oder mehrmals 1 ml leicht angefärbten Äther unter die Haut, so fließt nach den Feststellungen von Rebouillat die Flüssigkeit beim Scheintoten aus der Injektionsöffnung wieder heraus, während sie nach Eintritt des Todes unter der Haut bleibt. Bei Nachuntersuchungen im Heidelberger Institut konnte man sich jedoch nicht von der Regelmäßigkeit dieses Verhaltens überzeugen

Vogl nennt auch die Probleme, Totenflecken und Totenstarre als sichere Todeszeichen zu sehen:<sup>270</sup>

- Totenflecke (Livores) und die Hypostase: Bereits in der Agonie beginnt das Blut, der Schwerkraft folgend, sich in tiefere Partien zu senken. In den unteren Wangenpartien entstehen die sogenannten „Kirchhofrosen“. Die Blutsenkung (Hypostase) bildet sich gleich nach Sistieren des Kreislaufes aus und zeichnet sich bereits 20 bis 30 Minuten nach dem Tod ab. Sie lassen sich jedoch wegdrücken und verschwinden beim Umlagern. „Ein besonderes Augenmerk sollte man der Farbe der Totenflecke widmen. Sie erscheinen gewöhnlich bei Zimmertemperatur düster graurot. Liegen Leichen längere Zeit in der Kälte, so werden die Totenflecke rasch hellrot, da mit der Temperatur Sauerstoffdiffusion und Sauerstoffzehrung des Gewebes wechseln und in der Kälte der Sauerstoffverbrauch herabgesetzt ist.“
- Totenstarre (Rigor mortis): Die Totenstarre wird wegen der eigenartigen Krampfstellung der Extremitäten von Laien oft verkannt. Die Gliedmaßen nehmen dabei eine Stellung ein, die klinisch am besten als „Karpopedalspasmus“ zu bezeichnen wäre. Die Füße sind in Streck- und Supinationsstellung, die Hände zeigen Pfötchenstellung wie beim tetanischen Krampf. Eine ausgeprägte Totenstarre kann am anschaulichsten so demonstriert werden, indem der Körper sich beim Hochheben an Kopf und Füßen ohne Durchbiegen erheben läßt. Angaben über die zeitliche Dauer der Totenstarre variieren sehr. Sie beginnt sich im allgemeinen und bei Zimmertemperatur nach 48 bis 60 Stunden zu lösen. - Die Totenstarre war bereits im 18. Jahrhundert Gegenstand heftiger Diskussionen. Manche Ärzte behaupteten, sie entwickle sich nicht immer. Nysten glaubte, sie sei eine Funktion der Körperwärme und trete erst nach Erlöschen dieser auf. Heute weiß man, daß selbst ein Erhalten der Körpertemperatur nach dem Tod auf 37°C die Totenstarre nicht hinausschiebt, sondern geradezu beschleunigt. - Noch 1892 schrieb der bekannte Rechtsmediziner Devergie: „Die Physiognomie des Leichnams gibt steht die letzten Eindrücke wieder, welche der Mensch während des Lebens aufnahm. Von der Wahrheit dieser Beobachtungen kann man sich täglich bei Hingerichteten und namentlich bei solchen, deren Wildheit und Unbändigkeit selbst nicht auf dem Schafott sich verleugnete, überzeugen“. Und diese Vorstellung hatte sogar 1920 noch Lewin, der glaubte, daß sich der Angstzustand den Zügen der Leiche erkennbar „einzeichnet“.
- Mit der Abkühlung der Leiche (Leichenkälte) haben sich viele Autoren befaßt. Sie erfolgt durch Abstrahlung, durch die Konvektion und die Ableitung der Wärme an den Aufliegestellen. In den ersten Stunden fühlt sich der Körper Verstorbener noch warm an, an unbedeckten Körperteilen geht das Gefühl „warm“ schon nach etwa fünf Minuten verloren. Genaue Zahlen lassen sich nicht angeben. Später fühlt sich eine Leiche kalt an. Da an der Oberfläche Wasser verdunstet, wird dem Körper Wärme entzogen, so daß die Körpertemperatur unter die der Umgebung absinkt.
- Fäulnis: Die unter dem Begriff Leichenzersetzung zusammenfassende Erscheinungen der Autolyse, Fäulnis und Verwesung lassen sich zwar von ihrer Ursache her differenzieren, gehen jedoch in ihrem Ablauf fließend ineinander über. Unter Autolyse versteht man eine Selbstzersetzung der Zellen und Gewebe auf bakteriellem Wege. Bei der Fäulnis handelt es sich um eine unter Einfluß von Bakterien ablaufende Reaktion im chemischen Sinne. Kennzeichnend für die Fäulnis sind die Verflüssigung der Gewebe und die Gasbildung.

---

270 Elisabeth Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie. (med. Diss.) München 1986, 108-112.



Vogl fasst die Todesfeststellung zusammen:<sup>271</sup>

*Zusammenfassend läßt sich sagen, daß zum sicheren Nachweis des eingetretenen Todes das Vorliegen mindestens eines der drei sicheren Todeszeichen (Totenflecke, Totenstarre, Fäulnis), am zweckmäßigsten das der Totenflecke, erforderlich ist. Alle drei sicheren Todeszeichen sind Leichenveränderungen, die in der Regel nicht sofort nach dem Todeseintritt vorhanden sind. Diese Erkenntnis ist für das Verhalten in der täglichen Praxis nicht unproblematisch. So kann bei einem plötzlichen Zusammenbruch der Lebensfunktionen in der Regel ex ante nicht erwiesen werden, daß die Funktionseinstellung irreversibel ist, andererseits sind aber zu diesem Zeitpunkt sichere Zeichen des Todes noch nicht ausgebildet. Unsichere Todeszeichen wie Atemstillstand, Pulslosigkeit, Areflexie, Blässe, Abkühlung und Vertrocknungserscheinungen können zur exakten Todesfeststellung nicht verwendet werden. Bis zur Schaffung der Möglichkeit von erfolgversprechender Reanimationsmaßnahmen war dies ohne praktische Bedeutung. In diesen Fällen bleibt nur die Durchführung von Reanimationsmaßnahmen bis zum Nachweis des eingetretenen Todes.*

Vogl schreibt über den Hirntod:<sup>272</sup>

*Der Begriff des menschlichen Lebens im eigentlichen Sinne muß nach Wawersik von spezifischen "höheren" Funktionen des Gehirns abgeleitet werden. Unter dieser Voraussetzung erscheint es prinzipiell durchaus berechtigt, den Todeszeitpunkt allein vom Organtod des Gehirns (Jakob, 1964) abhängig zu machen.*

Vogl schreibt über den Hirntod:<sup>273</sup>

*Unter Gehirntod ist die grobanatomische oder feinstrukturelle Zerstörung des Gehirns in seiner Gesamtheit zu verstehen. Dieser Zustand ist scharf von einer bloßen Aufhebung des Bewußtseins und der Kommunikationsfähigkeit zu trennen. Der Gehirntod bedarf einer strengen Diagnosestellung, gerade bei einer geplanten Organexplantation.*

Vogl schreibt über eine frühe Hirntoddiagnostik:<sup>274</sup>

*Erstmals wurden von Schwab et al. 1962 die Symptome des "Hirntodes" formuliert:*

- 1. Atemstillstand*
- 2. Erloschene Eigen- und Fremdre reflexe, beidseitige Mydriasis, fehlende Reaktion der Herzfrequenz auf Bulbusdruck*
- 3. Isoelektrische Linie im Elektroencephalogramm trotz angemessener Verstärkung, keine Reaktion im EEG auf Schmerz oder Lichtreiz*
- 4. Fortbestand der Kriterien (1) - (3) über 12 bis 24 Stunden nach dem anoxischen Ereignis.*

Bei Vogl heißt es zum Hirntod weiter:<sup>275</sup>

*Diese Kriterien wurden von anderen Autoren wie Pampiglione 1962, Hockaday et al. 1965 und Hamlin 1964 bestätigt. Spann und Mitarbeiter (1967) sind der Auffassung, daß bei Erfüllung der übrigen Kriterien schon ein Null-Linien-EEG über einen Zeitraum von 6 Stunden den Hirntod beweist. Revillard (1966) fordert als fünftes Kriterium eine angiographisch objektivierte Unterbrechung der intracerebralen Durchblutung, die sogenannte Hirntamponade. Alexandre (1966) wartet mit dem Abbruch einer künstlichen Beatmung so lange, bis es zum Kreislaufverfall kommt. Tönnis und Frowein (1963) sowie Frowein et al. (1964) vertreten den Standpunkt, daß allein eine Hirntamponade über mehr als 20 bis 30 Minuten die Einstellung*

271 Elisabeth Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie. (med. Diss.) München 1986, 113.

272 Elisabeth Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie. (med. Diss.) München 1986, 114.

273 Elisabeth Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie. (med. Diss.) München 1986, 114.

274 Elisabeth Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie. (med. Diss.) München 1986, 114f.

275 Elisabeth Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie. (med. Diss.) München 1986, 115.

*aller ärztlichen Maßnahmen selbst bei noch schlagendem Herz rechtfertigt. Zumindest vereinzelt wurden aus dieser Einsicht inzwischen praktische Konsequenzen gezogen, d. h. Patienten wurden aufgrund des Gehirntodes zu einem Zeitpunkt für tot erklärt, zu dem der Kreislauf noch intakt war.*

Die Kritik gegenüber dem Hirntodkonzept führt Vogl darauf zurück:<sup>276</sup>

*Dieser Entschluß ist zum Teil auf lebhaften Widerspruch gestoßen, wobei die Einwände im wesentlichen gegen die Beweiskraft der verwendeten Kriterien, insbesondere gegen das EEG, gerichtet waren. Sicherlich sind die Bedenken jedoch zu einem guten Teil darauf zurückzuführen, daß in den Fällen Organe zum Zwecke der Transplantation entnommen wurden. So entstand der Verdacht, daß die Interessen des Spenders, zugunsten des Empfängers vernachlässigt werden könnten. Diese Möglichkeit läßt sich vielleicht ausschließen, wenn Spender und Empfänger von verschiedenen Ärzten behandelt werden (Alexandre, 1966; Bauer, 1967). Viel wichtiger wäre es jedoch, für den Organtod des Gehirns eindeutig objektivierbare Zeichen festzulegen, die jede Täuschungsmöglichkeit ausschließen und die frei von jedem persönlichem Ermessen sind. Gelingt das, so erscheint auch eine eventuell geplante Organtransplantation vom ärztlichen Standpunkt aus weniger problematisch.*

Die Kommission der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie hielt eine 12-stündige Beobachtungszeit für die Feststellung des Hirntods für ausreichend. Bei wiederholtem Carotisangiogramm genügen 30 Minuten. - Bushard und Rittmeyer setzten strengere Maßstäbe für die Hirntoddiagnostik, insbesondere für die Beobachtungszeit des EEGs, da sie mehrfach noch nach 2 Tagen hirnelektrischer Stille das Wiedereinsetzen von Rindentätigkeit beobachtet haben. Für sie galt der Hirntod als festgestellt, wenn elektrische Stille im EEG kontinuierlich über 3 Tage besteht, alle spontanen Lebensäußerungen mit Ausnahme vegetativer Funktionen fehlen, die Reflexe erloschen sind, der Muskeltonus verlorengegangen ist und die Spontanatmung innerhalb 1 bis 2 Tagen nicht wieder in Gang kommt.<sup>277</sup>

In der Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer schrieb Dr. H. Angstwurm (Neurologische Klinik der Universität München, Klinikum Großhadern) 1979 einen Artikel über die „Bedeutung und Feststellung eines irreversiblen Hirnfunktionsausfalles ('Hirn-Tod')“. Er führt darin aus, daß die klinische Diagnose des Hirntodes gestellt werden kann, wenn man „eine Bewußtlosigkeit ohne klinisch und elektroencephalographisch erkennbare Reaktion auf akustische und auf Schmerzreize, keine spontanen und reflektorischen zerebralen Bewegungen, keine epileptischen Anfälle, fehlende Hirnnervenreflexe und komplexe Hirnstammfunktionen (Reflexe der Pupille, Corneal-, Vestibularis- und oculocephaler Reflex, Würge- und Hustenreflex usw., Apnoe, keine Änderung des Pulses und des Blutdruckes auf Bulbus und/oder Carotissinusdruck usw., keine zentrale Tonusregulation, keine zirkadiane Temperaturregulation, meistens Absinken der Körpertemperatur) findet. Aufgrund der klinischen Feststellungen allein läßt sich nur durch Kontrollen innerhalb der möglichen Erholungszeit des Gehirns ein irreversibler Funktionsausfall belegen.“<sup>278</sup>

Über die gerichtliche Leichenschau schreibt Vogl:<sup>279</sup>

*Die erste Erwähnung einer gerichtlichen Leichenschau in Deutschland war in Urkunden aus dem 13. Jahrhundert zu finden. Im 16. Jahrhundert übertrug der Landesherr das Recht der Wundschau in seiner Haupt- und Residenzstadt seinem Hofbarbier. Bis zum 18. Jahrhundert scheint diese Funktion von den Hofbarbieren ausgeübt worden zu sein. Seit der Mitte des 18. Jahrhunderts wurde die Leichenschau durch die weit verbreitete Angst davor, lebendig begraben zu werden, aktiviert. An vielen Orten wurde eine Leichenkammer mit Alarmanlagen eingerichtet, die möglicherweise nur Scheintote bei kleinen Bewegungen auslösen konnten.*

276 Elisabeth Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie. (med. Diss.) München 1986, 115f.

277 Elisabeth Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie. (med. Diss.) München 1986, 116.

278 Elisabeth Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie. (med. Diss.) München 1986, 117f.

279 Elisabeth Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie. (med. Diss.) München 1986, 122.

Während in Wien unter dem Einfluß von Swietens bereits 1754 eine allgemeine Totenschau durch Wundärzte angeordnet wurde, setzten in Preußen entsprechende Bestrebungen erst viel später ein. Der Polizeipräsident in Berlin führte durch Bekanntmachung vom 28. Dezember 1824 obligatorisch einen Sterbezettel ein, der den Kirchenbeamten, die den Sterbefall registrierten, vorzulegen war.

Über die Leichenschau schrieb Vogl:<sup>280</sup>

*In den vielen Kleinstaaten des ehemaligen „Heiligen Römischen Reiches Deutscher Nation“ entwickelte sich das Leichenschauwesen nicht einheitlich, sondern in jedem dieser kleinen und kleinsten Gebiete entstanden eigene spezielle Bestimmungen, die teilweise im 18. Jahrhundert bei allen Todesfällen eine Leichenschau vorsahen. Mit Beginn des 19. Jahrhunderts wurde in manchen Staaten bereits die ärztliche Leichenschau verlangt, während meistens noch Laienleichenschau üblich war. Auch bei der Reichsgründung 1871 blieb das Leichenschauwesen in der Kompetenz der Länderregierungen. Fast in jedem der heutigen deutschen Länder behielten die alten Staats- und Polizeiverordnungen, oft noch aus den Jahren vor dem 1. Weltkrieg ihre Gültigkeit.*

Wir haben bis heute (2024) in Deutschland noch in jedem Bundesland ein eigenes Bestattungsgesetz. Diese Angabe fehlt in der Dissertation von Vogl.

Vogl zitiert aus einer bayerischen Vorschrift des Jahres 1885:<sup>281</sup>

*Auch in Bayern galten noch bis 1971 die Oberpolizeilichen Vorschriften über die Leichenschau und die Zeit der Beerdigung vom 20. November 1885:*

#### § 1

*Jede menschliche Leiche ist vor der Beerdigung nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen der Leichenschau zu unterstellen.*

*Die Leichen neugeborener Kinder unterliegen der Leichenschau nur dann, wenn die Frucht nach zurückgelegtem siebten Monate der Schwangerschaft von der Mutter getrennt wurde.*

#### § 2

*Zu dem in § 1 Abs. 1 bezeichneten Zwecke sind Leichenschaubezirke zu bilden und für jeden dieser Bezirke ein Leichenschauer und ein Stellvertreter desselben aufzustellen.*

#### § 3

*Größere Gemeinden können in mehrere Leichenschaubezirke abgeteilt, mehrere kleinere Gemeinden zu einem Bezirke vereinigt werden.*

#### § 4

*Die Vornahme der Leichenschau obliegt in öffentlichen Krank-, Wohltätigkeits-, Straf- und ähnlichen Anstalten den Anstaltsärzten, in Kasernen und sonstigen militärischen Gebäuden - und zwar bei allen Todesfällen - den zuständigen Militärärzten.*

*Im übrigen sind zur Leichenschau in erster Reihe Ärzte, dann Chirurgen, Bader, vormalige Sanitätssoldaten und Lazarettgehilfen, endlich, in Ermangelung von solchen, Laien zu berufen. Die letzteren sind durch das Gesundheitsamt vor ihrer Bestellung entsprechend zu unterweisen und nach Bedürfnis später zeitweise einer Prüfung zu unterziehen.*

*Die Leichenschau darf nur unbescholtenen Personen übertragen und belassen werden.*

280 Elisabeth Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie. (med. Diss.) München 1986, 123.

281 Elisabeth Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie. (med. Diss.) München 1986, 123f

Im Jahr 1971 hieß es im bayerischen Bestattungsgesetz:<sup>282</sup>

### § 3

#### *Todesbescheinigung*

*(1) 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. Er darf die Todesbescheinigung erst ausstellen, wenn er an der Leiche sichere Todeszeichen festgestellt hat. Vom nicht vertraulichen Teil der Todesbescheinigung hat er eine Durchschrift zu fertigen.*

### § 5

#### *Leichenschau in sonstigen Fällen*

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

In den Erläuterungen heißt es:<sup>283</sup>

#### *II. Recht und Pflicht zur Leichenschau*

*1. Die Leichenschau darf nur von Ärzten vorgenommen werden (Art. 2 Abs. 1 BestG}. Dies ist die weitreichendste Neuerung gegenüber dem früheren Rechtszustand, der bereits seit dem vorigen Jahrhundert die obligatorische Leichenschau, allerdings durch amtliche Leichenschauer, die nicht zwingend Ärzte sein mußten, vorsah. Der ausschließliche Vorbehalt der Leichenschau zugunsten von Ärzten ist eine Anpassung einerseits an die Verhältnisse in den übrigen Ländern der Bundesrepublik Deutschland, andererseits an die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft, deren Beherrschung und Umsetzung nicht mehr Laien überlassen werden kann.*

Zur Neuerung der Todesfeststellung schrieb Vogl:<sup>284</sup>

*Das neue Leichenschaugesetz ist nun seit seinem Inkrafttreten am 1. Januar 1971 erheblicher Kritik ausgesetzt. Insbesondere seit mehrere Fälle von Scheintod bekannt wurden und, wie bereits erwähnt, in der Öffentlichkeit erschienen, befassen sich Juristen und Mediziner, insbesondere jedoch Rechtsmediziner, mit den Leichenschaugesetzen.*

Vogl greift den Hauptkritikpunkt heraus:<sup>285</sup>

*Auch in der Zeitschrift „Kriminalistik“ wurden die „Ärztlichen Todesbescheinigungen für Lebende“ heftig diskutiert. Viele Verfasser von Artikeln schließen sich der Meinung des Professors Mallach an, daß es ernsthaft zu prüfen sei, ob jeder Arzt zur Leichenschau verpflichtet werden soll. Insbesondere bei der Unterscheidung von Leichenerscheinungen und Zeichen der Gewalteinwirkung seien viele Ärzte überfordert. Die Leichenschauspflicht verlange vom Arzt kriminalistische Erfahrung und juristisches Denken, welches man von einem frei praktizierenden Arzt kaum erwarten kann.*

Ihre medizinische Dissertation über den Hirntod fasst Vogl zusammen:<sup>286</sup>

*Die Angst vor dem Scheintod begleitete die Menschheit seit Jahrhunderten. Besonders ausgeprägt war sie im 18. und 19. Jahrhundert. Die Ausbreitung dieser Angst war hauptsächlich das Verdienst der Schriften von Bruhier, Winslow, Frank, Hufeland und Metzger. Gerade Hufeland und Metzger haben es verstanden, den Lesern das Grauen davor, lebendig*

282 Elisabeth Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie. (med. Diss.) München 1986, 128.

283 Elisabeth Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie. (med. Diss.) München 1986, 129.

284 Elisabeth Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie. (med. Diss.) München 1986, 132.

285 Elisabeth Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie. (med. Diss.) München 1986, 134.

286 Elisabeth Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie. (med. Diss.) München 1986, 140.



begraben zu werden, durch ihren eindringlichen Stil nahezubringen. Ihren Höhepunkt erreichte die Angst vor dem Scheintod im 19. Jahrhundert. Sie wurde durch Berichte, Geschichten und Gedichte berühmter Taphophobiker wie Madame Necker, Johann Nestroy, Edgar Allen Poe, Hans Christian Andersen, Georg Trakl und Friederike Kempner geschürt. Aber auch Erfinder, die zahlreiche Rettungsmittel für lebendig Eingesargte konstruierten, und Künstler wie der Dichter Gottfried Keller, der Zeichner Wilhelm Busch und der Maler Antoine Wiertz fühlten sich angesprochen. Ihre Werke waren bei der Bevölkerung sehr beliebt und verstärkten die Angst erheblich. Auch im 20. Jahrhundert lebte der Scheintodglaube weiter. Die Geschichte Franz Stockers, welcher ein riesiges Eichenkreuz als Dank für die Errettung vor dem Scheintod von Prien nach Altötting trug, erschütterte die Menschen, die davon hörten. Später wurde es still um den alten "Aberglauben". Aber gerade in jüngster Zeit flackerte die bereits vergessene Angst vor dem Scheintod wieder auf. „Schuld daran“ sind zahllose Berichte über Scheintodfälle in der Laienpresse, jedoch auch das Buch Claus E. Boetzkes und die Untersuchung namhafter Rechtsmediziner. Und wie bereits vor hundert Jahren wird auch heute das Thema von Künstlern aufgegriffen, sei es von dem Liedermacher Ludwig Hirsch oder von Anton Ruppert, der im Münchner Theater im Marstall einen diesbezüglichen Einakter aufführte.

Weiter schreibt Vogl:<sup>287</sup>

Hufeland und auch Metzger kamen jedoch zu dem Schluß, daß nur die allgemeine Fäulnis das sicherste Todeszeichen sei. Um den Scheintod zu verhindern, wurden zahlreiche Lebensproben wie Siegellackprobe, Spiegelprobe, Pulsaderschnitt, Fluoreszinprobe und viele andere ersonnen. Jedoch keine dieser Proben wurde letztlich als sicheres Prüfungsmittel für den wahren Tod anerkannt. Schließlich gelten bis heute die klassischen Todeszeichen Leichenflecke, Totenstarre und Fäulnis.

### 2.3.3 Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau (2002)

Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau in historischer und ethischer Sicht. Würzburg 2002.

Dominik Groß schreibt zur gerichtlichen Leichenschau von 1873:<sup>288</sup>

Der Zusammenschluß der deutschen Staaten blieb auf die gerichtliche Leichenschau nicht ohne Einfluß: So wurde 1873 im neu gegründeten Deutschen Reich eine Strafprozeßordnung entworfen, die im wesentlichen auf die bereits erwähnte ‚Preußische Criminal-Ordnung‘ von 1805 und nachfolgende Verordnungen bzw. Ergänzungsvorschriften zurückging. Sie sah eine richterlich angeordnete Leichenöffnung vor, die von einem Physikus und einem Chirurgen durchzuführen war. Stimmten Richter oder Physikus für eine Leichenöffnung, so mußte sie stattfinden. Als mögliche Indikationen einer inneren Leichenschau wurden der Verdacht auf einen Straftatbestand, auf Selbstmord sowie ungeklärte Todesursachen angeführt. Der besagte Entwurf aus dem Jahr 1873 wurde in modifizierter Form in die deutsche Strafprozeßordnung übernommen (§ 87 Reichs-StPO). § 157 verpflichtete die Polizei- und Gemeindebehörden, bei Anhaltspunkten auf einen nichtnatürlichen Tod eine sofortige Anzeige an die Staatsanwaltschaft oder an den Amtsrichter zu machen.

Groß führt zum Themenbereich „Scheintod und Leichenschau“ aus den Jahren 1780-1921 für Württemberg an wichtigen amtlichen Schriften auf:<sup>289</sup>

1780 General-Rescript, Maßregeln gegen die Beerdigung von Scheintodten betreffend

1800 Umständliche und deutliche Belehrung, wie nach vielfältiger von guter Wirkung begleiteter

287 Elisabeth Vogl: Der Scheintod: eine medizingeschichtliche Studie. (med. Diss.) München 1986, 141.

288 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau in historischer und ethischer Sicht. Würzburg 2002, 25.

289 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 30.



- Erfahrung mit den Ertrunkenen, Erfrorenen, sonst Ersticken, oder sich Erhängen zu verfahren
- 1816 Verordnung gegen zu frühes Entfernen gestorbener Personen vom Sterbelager
- 1820 Verfügung des Innern, die Behandlung der Todten bei den Juden betreffend
- 1824 Erlaß des Ministeriums des Innern an die Kreisregierungen, betreffend Maßregeln gegen die Beerdigung Scheintodter
- 1828 Leichenschauordnungen für verschiedene württembergische Oberämter
- 1833 Erlaß des Ministeriums des Innern, betreffend die Anstalten zur Sicherung des Lebens der Scheintodten (incl. Normal-Instruktion für Leichenschauer [Beilage])
- 1834 Catechismus für die Leichenschauer/Bekanntmachung des Ministeriums betr. den im Druck erschienenen Catechismus für die Leichenschauer
- 1836 Einführung einer Leichendienstordnung für den Neckarkreis
- 1842 Verordnung, betreffend die Zeit der Leichenöffnungen und Beerdigungen
- 1882 Königliche Verordnung, betreffend die Leichenschau, die Leichenöffnung und das Begräbnis
- 1882 Verfügung des Ministeriums des Innern, betreffend die Dienstanweisung für die Leichenschauer
- 1921 Verfügung des Ministeriums des Innern, betreffend die Dienstanweisung für die Leichenschauer

In der Verordnung von **1824** sollten Leichenschauer einer oder mehreren Leichenfrauen (Leichensägerinnen) unterstellt werden, die „einen unbescholtenen Ruf und das Vertrauen der Gemeinde haben“. Sie waren beauftragt, etwaige Dienstvernachlässigungen des Leichenschauers zu melden.<sup>290</sup> Damit war ein Vier-Augen-Prinzip vorgeschrieben, damit kein Scheintoter bestattet wurde.

**1834** erschien ein 51seitiger „Catechismus für die Leichenschauer“, ein kurzgefasstes Lehrbuch. Es wurde vom Innenministerium am 16.09.1834 offiziell angekündigt und nachhaltig empfohlen. Jeder Oberamtsarzt erhielt ein Exemplar, um die zuständigen Leichenschauer entsprechend zu instruieren.<sup>291</sup>

Bereits **1818** wurde in Hamburg eine rein ärztliche Totenschau eingeführt. Viele deutsche Staaten hielten - nicht zuletzt aus Mangel an Ärzten - bis weit in das 19. Jh. hinein an der Leichenschau durch Laien fest. Preußen bot nicht einmal eine flächendeckende Pflichtleichenschau - sei es durch Laien oder durch Ärzte.<sup>292</sup>

Zur Leichenschau bei der Gründung des Deutschen Reiches (**1871**) schreibt Groß:<sup>293</sup>

*Wer sich von der Gründung des Deutschen Reiches (1871) eine Vereinheitlichung der gesetzlichen Regelung zur Leichenschau erhofft hatte, sah sich getäuscht. Dabei hatte das Reichskanzleramt 1874 einen Gesetzesentwurf ausgearbeitet, der für alle Gemeinden mit mehr als 5000 Einwohnern eine Pflichtleichenschau vorsah. Unterstützt wurde jener Vorstoß nicht nur von ärztlichen Organisationen, sondern auch vom „Verband Deutscher Lebensversicherungsgesellschaften“. Obgleich der betreffende Entwurf dem Reichstag 1875 vorgelegt worden war, verliefen die entscheidenden Verhandlungen ergebnislos. ...*

*So verblieb die Gesetzgebung zur Leichenschau beziehungsweise zum Schutz Scheintoter*

290 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 33.

291 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 34.

292 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 37.

293 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 37.

*auch nach der Gründung des Deutschen Reiches in der Kompetenz der Länderregierungen.*

In diesem Stadium verharret noch heute (2024) das deutsche Bestattungsrecht.

Erst **1882** – über 10 Jahre nach der Reichgründung - wurde in Württemberg eine neue Verordnung zur Bestattung erlassen. Nach § 2 sollte die Aufgabe der Leichenschau nur „Männern von unbescholtenem Rufe“ übertragen werden, Nach § 8 musste jeder Sterbefall unverzüglich einem Leichenbeschauer gemeldet werden. Eine Beerdigung durfte im Regelfall frühestens nach Ablauf von 48 Stunden erfolgen. Voraussetzung war, daß „der Leichenschauer sich von dem Vorhandensein sicherer Zeichen des Todes überzeugt und in Folge dessen die Beerdigung unter Ausstellung eines Leichenscheins für zulässig erklärt hat“<sup>294</sup>

Einen Monat später erschien eine Dienstanweisung an die Leichenbeschauer, in denen ihnen 5 Aufgaben zugewiesen wurden:<sup>295</sup>

1. In Fällen vermutlichen Scheintodes unverzüglich die nötige ärztliche Hilfe zu vermitteln bzw. selbst die ersten Rettungsversuche anzustellen.
2. Aufdeckung gewaltsamer Todesursachen.
3. Bei ansteckenden Krankheiten unverzüglich die Polizeibehörde zu informieren.
4. Die zweckmäßige Behandlung der Leiche und die Einhaltung der mindestens 48 Stunden bis zur Bestattung zu beaufsichtigen.
5. Die Führung eines ordnungsgemäßen Leichenregisters.

Groß nennt hierzu eine Besonderheit mit schwerwiegenden Folgen:<sup>296</sup>

*Besondere Beachtung verdient die Tatsache, daß die Totenschauer nunmehr konkret angehalten wurden, erforderlichenfalls künstliche Atembewegungen einzuleiten. Aus diesem Grund erhielten die Physiker den Auftrag, alle Leichenschauer, die nicht öffentlich ermächtigte Ärzte und Wundärzte waren, in die Verfahren der Auskultation und der Reanimation einzuweisen. Der betreffende Passus hatte zur Folge, daß viele ältere Leichenschauer den Dienst quittierten. Dementsprechend mußten zwischen 1882 und 1884 in Württemberg insgesamt 306 Totenschauer neu ernannt werden.*

Zum Anfang des 20. Jh. schreibt Groß über die Gesetzgebung zur Leichenschau:<sup>297</sup>

*Die Rückständigkeit der geltenden gesetzlichen Bestimmungen zeigte sich auch im europäischen Vergleich: Abgesehen von Deutschland fehlte in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts in Europa nur noch den ökonomisch schlechter gestellten Ländern wie Spanien, Türkei und Rußland ein einheitliches Leichenschauwesen....*

*Eine einheitliche Leichenschaugesetzgebung wurde demgegenüber 1949 in der Ostzone bzw. der späteren DDR eingeführt. Die rechtlichen Grundlagen bildete zum einen § 45 der Strafprozeßordnung, zum zweiten die Anordnung über die ärztliche Leichenschau. Hiernach war jede mutmaßliche Leiche binnen 24 Stunden nach dem Eintritt des Todes von einem Arzt zu besichtigen.*

Für Baden-Württemberg des Jahres **1964** schreibt Groß bezüglich der Todesfeststellung:<sup>298</sup>

294 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 38.

295 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 38.

296 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 39.

297 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 41.

298 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 41f.

*Erst 1964 erging etwa in Baden-Württemberg eine Polizeiverordnung, wonach nur noch Ärzte zur Leichenschau zugelassen werden durften. Bereits praktizierende nichtärztliche Leichenschauer konnten jedoch ihre Tätigkeit weiter ausüben. Zu jenem Zeitpunkt waren im württembergischen Landesteil 1036 Laien und 961 Ärzte, im badischen Landesteil sogar 1346 Laien und lediglich 131 Ärzte als Leichenschauer bestellt. In Bayern legte erst das „Bestattungsgesetz vom 20. September 1970“ fest, daß jede Leiche von einem Arzt untersucht werden müsse. Auch im Regierungsbezirk Darmstadt in Hessen wurden bis 1964 noch nichtärztliche Leichenschauer zugelassen.*

Groß schreibt bezüglich der Leichenschau durch Laien:<sup>299</sup>

*Die Überlegenheit der ärztlichen Leichenschau war allerdings zu jenem Zeitpunkt keineswegs grundsätzlich anerkannt. So stellte etwa der Mediziner Albert Ochsmann 1969 fest: „Es dürfte auch nicht allzu viel in dieser Hinsicht zu erreichen sein, wenn man für die Ausführung der Leichenschau immer und überall einen Arzt hinzuzieht, da dieser zumeist zeitknapp und überbeschäftigt ist. Ein für diese Zwecke ausgebildeter Laie dürfte sicherlich der Sache ebenso gut, wenn nicht noch besser, gerecht werden.“ Ähnlich argumentierte 1965 der Rechtsmediziner Wolfgang Schwerd, als er feststellte, daß viele Amtsärzte mit den Laienleichenschauern gute Erfahrungen gemacht hätten: „Sie ziehen sie sogar ihren ärztlichen Kollegen bei dieser Tätigkeit vor, weil jene ihr Amt gewissenhaft und sorgfältig wahrnehmen und auch ohne lange Mahnung rechtzeitig ihre Register abliefern.“ Auch seine Kollegen Eisenmenger, Spann und Liebhardt räumten noch 1982 ein, „daß erfahrene Laien durchaus in der praktischen Durchführung der Leichenschau Vorbildliches geleistet haben, insbesondere was die Feststellung unnatürlicher Todesfälle anging... Denn die Leichenschau verlangt bei sachgemäßer Durchführung ein gehöriges Maß an Skepsis und kriminalistischen Überlegungen, so daß man zumindest die Teilaufgabe des Erkennens nicht natürlicher Todesursachen nicht als eigentlich ärztliche Aufgabe bezeichnen kann...“*

„Papier ist geduldig“, könnte man auch bezüglich der Bestattungskultur sagen. Zwar hatte Württemberg im 19. Jh. vorbildliche Verordnungen, doch diese trafen vor allem in ländlichen Gebieten auf religiöses Brauchtum und religiöse Vorschriften: So war es in katholischen Regionen üblich, dass die Trauernden 48 Stunden lang – d.h. Tag und Nacht – beim Toten waren und für ihn beteten. Oft lag dabei der Tote aus Platzmangel in der Küche. An Infektionsschutz dachte dabei niemand. - Juden hatten gemäß dem Talmut ihre Toten noch vor der Nacht zu bestatten. So kam es vor, dass Juden den Toten vorzeitig vom Totenbett entfernten und bestatteten. Damit wurde gegen die Bemühung gehandelt, keine Scheintoten zu bestatten. König Friedrich II. erließ daher 1816 eine Bestimmung, dass Tote nicht vor Ablauf von 12 Stunden vom Totenbett entfernt werden dürfen. Ortsvorsteher, die sich eine unzeitige Nachsicht erlauben, sind „zur strengsten Verantwortung zu ziehen.“<sup>300</sup>

In Württemberg wurden **1815** alle Chirurgen dazu angehalten, „sich zu ihrer Belehrung die von Struve herausgegebene Noth- und Hilfstafel anschaffen“.<sup>301</sup>

In den **1830er** Jahren waren im Bereich Ellwangen von den 22 Leichenschauern 18 Wundärzte, 2 Schreiner und ein Polizeidiener. Im Bereich Neresheim waren von den 22 Leichenschauern 18 Wundärzte, 2 waren Tagelöhner, je einer war Schreiner und einer Polizeidiener.<sup>302</sup> Im Bereich Gerabronn waren von den 30 Leichenschauern 10 Wundärzte. Im Bereich Öhringen waren von den 33 Leichenschauern 11 Wundärzte.<sup>303</sup>

299 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 42.

300 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 44-46.

301 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 47

302 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 47-

303 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 48.

Groß listet für den Zeitraum von 1876 bis 1911 die Hauptberufe der Leichenschauern in Württemberg auf (Angaben in %):<sup>304</sup>

<i>Jahr</i>	<i>Ärzte</i>	<i>Wundärzte</i>	<i>Gewerbe- treibende</i>	<i>Schreiner</i>	<i>Klein- bauern</i>	<i>Amtsdiener</i>	<i>Übrige</i>
1876	0,9	26,0	25,2	22,4	18,0	5,5	2,0
1890	2,6	12,5	27,3	26,7	20,3	7,0	2,9
1911	6,6	1,8	10,2	32,1	35,3	8,7	5,3

Tab. 1 Hauptberufe der in Württemberg tätigen Leichenschauer

Patschek gab **1938** für die in Preußen tätigen 94 Leichenbeschauern als Hauptberuf an: 20 Heildiener und Barbieri, 15 Tischler, 10 Lehrer, 8 Büdner, 8 Amtssekretäre und Gutsvorsteher, 7 Schneider, 5 Arbeiter, 5 Gemeindevorsteher und 3 Nachtwächter. Weitere genannte Berufe waren Händler, Schafmeister, Weber, Stellmacher und Maurer.<sup>305</sup>

Im offiziellen „Medizinal-Bericht“ des Jahres **1872** findet sich der Hinweis, daß in einzelnen Oberämtern „Leichenschauer von mehr als gewöhnlicher Unfähigkeit und Unzuverlässigkeit existiren.“<sup>306</sup>

Groß gibt den Anteil der Leichenschau-haltenden Wundärzte in Württemberg für das Jahr **1876** wie folgt an:<sup>307</sup>

<i>Kreis</i>	<i>Gesamtzahl der Wundärzte</i>	<i>davon zugleich Leichenschauer nominell in Prozent</i>	
Neckarkreis	180	135	75
Schwarzwaldkreis	113	83	72
Jagstkreis	121	102	85
Donaukreis	164	117	71
Württemberg	578	437	76

Tab. 2 Anteil der Leichenschau-haltenden Wundärzte in Württemberg im Jahr 1876.

Um die Jahrhundertwende erfolgte in der Medizin ein großer Wechsel. Die Anzahl der Wundärzte nahm ab, dafür stieg die Anzahl der Ärzte:<sup>308</sup>

<i>Jahr</i>	<i>Gesamtzahl der Ärzte</i>	<i>davon zugleich Leichenschauer</i>	<i>Gesamtzahl der Wundärzte</i>	<i>davon zugleich Leichenschauer</i>
1876	517	2,9	578	75,6
1890	686	6,7	292	0,8
1911	1068	11,1	54	61,1

Tab. 3 Anteil der Leichenschau-haltenden Ärzte und Wundärzte in Württemberg

304 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 49.

305 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 50.

306 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 53.

307 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 53.

308 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 54.

Während des Ersten Weltkriegs fehlte es an vielem, auch an Leichenschauern. Oft konnte die Leichenschau erst am Folgetag durchgeführt werden. In Preußen lagen die Leichen mehrere Tage in den Wohnungen, bis ein Leichenschauer kam. In manchen Regionen war in den Kriegsjahren überhaupt kein Leichenschauer verfügbar. In Magstadt wurde daher bis zum Kriegsende die Leichenschau einer Krankenschwester übertragen.<sup>309</sup>

Groß nennt im Jahr 2002 einen wahren Katalog an Punkten, die eine Ungleichheit unter den verschiedenen Bundesländern aufzeigt:<sup>310</sup>

- In einigen Bundesländern dürfen nur approbierte Ärzte die Leichenschau durchführen, in anderen auch Ärzte im Praktikum.
- Die Leichenschau unverzüglich durchzuführen, gibt es nicht in allen Bundesländern. In Berlin hat sie innerhalb 12 Stunden zu erfolgen, in Schleswig-Holstein innerhalb 24 Stunden.
- Das Zutrittsrecht ist nicht in allen Bundesländern geregelt.
- Die Leichenschau am entkleideten Leichnam ist nur in einigen Bundesländern vorgeschrieben.
- Es gibt eine 500- und eine 1.000-Gramm-Grenze bei tot geborenen Kindern
- Die Möglichkeit der Todesfeststellung ohne Leichenschau ist nicht in allen Bundesländern möglich.
- Die Angaben zur Todesart (natürlicher, ungeklärter und unnatürlicher Tod) ist nicht in allen Bundesländern gegeben. - Daraus resultieren auch unterschiedliche Meldungen an die Polizei.
- Nur in einigen Bundesländern besteht für Obduzenten bei festgestelltem unnatürlichen Tod eine Meldepflicht.
- Nur in einigen Bundesländern gibt es eigene Obduktionsscheine.
- Die Auflistung der sicheren Todeszeichen ist nicht in allen Bundesländern auf der Todesbescheinigung aufgelistet.
- Nicht alle Bundesländer listen auf der Todesbescheinigung mögliche Infektionskrankheiten auf.
- Etwaige Sanktionen bei fehlerhafter Leichenschau sind unterschiedlich geregelt, „teilweise werden diesbezügliche Vergehen als 'Ordnungswidrigkeit' geahndet.“
- Nicht vollständig geklärt sind letzten Endes auch die Widersprüche, die sich aus der ärztlichen Schweigepflicht (Bundesrecht) und der einen oder anderen Auskunftspflicht des zuletzt behandelnden Arztes (Landesrecht) ergeben.

Bezüglich der Bestattungsgesetze sieht Groß einen Reformstau:<sup>311</sup>

*Unter Verweis auf den erheblichen „Reformstau“ wird den gesetzgeberischen Instanzen letztlich Untätigkeit vorgeworfen. So stellten Eisenmenger und Betz unlängst fest: „Geht es um die gesetzliche Reglementierung neuer Forschungsrichtungen wie In-vitro-Fertilisation, Forschung an Embryonen oder Gentechnik, überschlägt sich die Gesetzgebung in kürzester Zeit geradezu; geht es dagegen um Probleme im Zusammenhang mit Sterben und Tod des Menschen... , so registriert man verwundert eine kaum mehr nachvollziehbare Ruhe und Bedächtigkeit.*

309 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 60.

310 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 62:64.

311 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 71.



Groß sieht auch die Gesundheitsämter in der Kritik:<sup>312</sup>

*Auch die Gesundheitsbehörden stehen gelegentlich im Kreuzfeuer: Obwohl es in Fachkreisen völlig unstrittig ist, daß Todesart und Todesursache in vielen Fällen ohne eine Obduktion der Leiche nicht zuverlässig ermittelt werden können, werden die im Leichenschauschein vermerkten Diagnosen zur Erstellung von Statistiken herangezogen. Jede gesundheitspolitische Maßnahme kann aber nur so gut sein wie die Statistik, die ihr zugrunde liegt.*

Die Leichenschau wird in ihrer Durchführung auch kritisch gesehen:<sup>313</sup>

*Selbstkritische Leichenschauer bestätigen die Schwierigkeit einer exakten Todesursachendiagnostik. So führte der Allgemeinmediziner Michael Drews 1987 aus: 'Wenn ich manchmal in Medizinartikeln vorwurfsvoll lese, daß die hausärztlich aufgeführten Todesursachen auf dem Totenschein einer objektiven Überprüfung durch den Pathologen nur in sehr begrenztem Umfang standhalten, dann wundert mich das überhaupt nicht, sondern bestätigt vielmehr meine aus der Praxis gewonnene Erfahrung, daß die Ausfertigung dieses vorgeschriebenen Dokumentes ohne Kontrollobduktion sehr oft nur eine verwaltungstechnische Farce ist. Selbst bei den eigenen Patienten, deren Krankheiten man seit Jahren kennt, ist das korrekte Ausfüllen des Totenscheins sehr oft mehr als schwierig.'*

Groß sieht eine Gefahr für die Leichenschau in den sozialen Beziehungen der Ärzte:<sup>314</sup>

*Die ärztlichen Leichenschauer sind „häufig nicht unabhängig von den Gefühlen und Interessen der Hinterbliebenen, die manchmal auch zu seiner Klientel gehören.“ Jene Einstellung kann fatale Folgen haben, denn Untersuchungen belegen, daß die Täter bei aufgeklärten Delikten in der Mehrzahl der Fälle aus dem Umfeld des Getöteten stammen.*

Groß zählt an historischen und aktuellen Kritikpunkten an der Leichenschau auf:<sup>315</sup>

1. Es fehlt eine einheitliche, länderübergreifende Gesetzgebung.
2. Die bestehenden Leichenschauformulare sind lückenhaft.
3. Die Qualifikation des leichenschauhaltenden Personals ist verbesserungsbedürftig.
4. Die äußere Leichenschau wird nicht mit der gebotenen Sorgfalt durchgeführt.
5. Die Leichenschauer werden unzureichend honoriert; hierunter leidet die Qualität der Leichenschau.
6. Der Dialog zwischen den staatlichen Behörden und den Leichenschauern ist mangelhaft.

Groß ist nicht der Einzige, der über die ärztliche Leichenschau klagt:<sup>316</sup>

*Auch Madea stellt in seinem aktuellen Lehrbuch zur ärztlichen Leichenschau - nicht ohne Sarkasmus - fest: „Die Klagen über die Qualität der ärztlichen Leichenschau sowie die Dokumentation eklatanter Fehlleistungen, die jahrzehntelangen publizistischen Bemühungen um eine Besserung des Zustandes verhalten sich geradezu reziprok zum Erfolg.“*

Groß schreibt über die gerichtliche Leichenschau:<sup>317</sup>

*Die praktische Durchführung der gerichtlichen Leichenöffnung wird durch die §§ 87-91 StPO geregelt. Gemäß § 87 hat die Staatsanwaltschaft die Möglichkeit, eine förmliche Leichenschau - die staatsanwaltschaftliche oder richterliche Besichtigung eines Leichnams - durchzuführen*

312 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 72.

313 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 73.

314 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 73f

315 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 75.

316 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 76.

317 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 78.

und bei „Gefahr im Verzuge“ eine Sektion anzuordnen. Ziele sind die Klärung von Todesursache und -zeit bei Verdacht auf nichtnatürlichen Tod oder aber die Identifizierung eines unbekannten Leichnams. Daneben kann sich auch im Verlaufe eines Strafverfahrens nachträglich die Notwendigkeit einer inneren Leichenschau ergeben.

Groß zitiert Berthold Müller mit den Worten:<sup>318</sup>

*Wir sezieren zu wenig; dies geschieht zum Schaden der Allgemeinheit: wichtige Vorgänge, die sich vor dem Tode abspielten, bleiben unbekannt.*

Groß vergleicht die Anzahl gerichtlicher Sektionen mit anderen Nationen:<sup>319</sup>

*Gerichtliche Sektionen werden in Deutschland in weniger als 2 % aller Todesfälle vorgenommen. Auffällig sind hierbei wiederum die regionalen bzw. nationalen Unterschiede in der Häufigkeit forensischer Leichenöffnungen: So wurden z. B. in Dortmund zwischen 1980 und 1982 lediglich 0,8 % aller Verstorbenen gerichtlich obduziert. Demgegenüber erfolgte beispielsweise in Finnland 1983 bei insgesamt 17 % der Verstorbenen eine forensische Autopsie; in Schweden werden immerhin 7 bis 8 % der Leichen dem Rechtsmediziner zugeführt.*

Zuweilen wird von Ermittlungsbehörden eine 2. Todesbescheinigung angefordert:<sup>320</sup>

*Daneben liegen, wie bereits beschrieben, Fallberichte vor, wonach Ärzte auf „nichtnatürlichen Tod“ oder „ungeklärte Todesart“ erkannten und die Ermittlungsbehörden in der Folge einen weiteren Leichenschauschein erstellen ließen, der einen „natürlichen“ Tod auswies.*

Für Groß sind auch Amtsrichter für die niedrigen Sektionsraten mit verantwortlich:<sup>321</sup>

*Amtsrichter werden gelegentlich ebenfalls für die niedrige Sektionsfrequenz verantwortlich gemacht. Konrad Händel zufolge stehen viele Amtsrichter „der Leichenöffnung generell ablehnend gegenüber.“ Als einer der Gründe wird „der erhebliche Zeitverlust“ genannt, „der mit jeder Obduktion für den Amtsrichter verbunden ist und ihn für geraume Zeit von seinen vielfältigen anderen Arbeiten abhält.“*

Groß bemängelt für die Leichenschau die gesetzliche Forderung der Entkleidung.<sup>322</sup>

*Eine besondere Angriffsfläche im Rahmen der ärztlichen Untersuchung bietet fraglos das Entkleiden des mutmaßlichen Leichnams. Während die vollständige Entkleidung aus medizinischen und forensischen Erwägungen heraus als conditio sine qua non einzuschätzen ist, wird sie im Einzelfall nicht immer mit Verständnis quittiert. Vor allen Angehörige reagieren nicht selten irritiert oder gar empört. Unterstützung erhalten diese vor allem durch Kritiker, die auf den postmortal fortwirkenden Persönlichkeitsschutz des Einzelnen verweisen. Dieser impliziert die Wahrung der Würde des Verstorbenen. Vor diesem Hintergrund kann es nicht überraschen, daß pflichtbewußte Leichenschauer, die auf einer Entkleidung bestehen, bisweilen in den Verdacht der Anmaßung oder gar Perversion geraten. Da nur wenige Länder eine Entkleidung der Leiche vorschreiben, fehlt dem betroffenen Arzt zudem häufig die juristische Rückendeckung. Gerade der Hausarzt ist in dieser Situation - nicht zuletzt aufgrund seiner freiberuflichen und damit in wirtschaftlicher Hinsicht ungesicherten Tätigkeit - bestrebt, die Erwartungen seiner Patienten zu erfüllen, die den Arzt in erster Linie als Helfer in der Not begreifen. Die Vorstellung, als langjähriger Arzt der Familie gegen die Erwartungen der Hinterbliebenen zu handeln, bereitet vielen Leichenschauern großes Unbehagen. Angesichts dieser Interessenkollision wird in praxi vielfach auf eine vollständige Entkleidung verzichtet.*

318 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 80.

319 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 82.

320 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 83.

321 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 83.

322 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 85.

Groß tritt auch als Anwalt für die Leichenschauer und die Verstorbenen ein:<sup>323</sup>

*Gleichwohl lassen sich auch für die Gegenposition ethisch motivierte Argumente geltend machen: Jeder Leichenschauer hat nach Anhaltspunkten für einen nichtnatürlichen Tod zu fahnden, um der Aufdeckung möglicher Straftaten den Weg zu bereiten. Ein Interesse an einer etwaigen Strafverfolgung ist aber auch dem verstorbenen Opfer zu unterstellen. Da der Verstorbene dieses Interesse nicht mehr persönlich wahrnehmen kann, ist er auf die sorgfältige Untersuchung des Leichenschauers angewiesen — und diese setzt zweifellos eine vollständige Entkleidung voraus. Somit stellt sich die Frage, inwieweit für den Leichenschauer und die von ihm eingeschalteten Ermittlungsbehörden „eine gewisse moralische Fürsorgepflicht für einen verstorbenen Mitbürger, der in der Regel sein Leben lang Steuern bezahlt hat, besteht, später nicht mehr reproduzierbare Befunde sicherzustellen.“ Es entspricht nach Bernd-Michael Penners einer „allgemein menschlichen - und um so mehr ärztlichen - Hilfs- und Anstandspflicht“, daß der Mediziner als Sachwalter des Patienten auftritt und die im Rahmen der Leichenschau verfügbaren diagnostischen und rechtlichen Mittel im Interesse des Patienten ausschöpft. Wie von Ingelheim zu Recht betont, vertritt der Arzt im Rahmen der Leichenschau ein letztes Mal die Interessen des ihm anvertrauten Patienten: „Auch als Leichenschauer soll der Arzt noch Helfer seiner Mitmenschen sein, denn auch bei der Leichenschau sind die Regeln ärztlicher Kunst und ärztlicher Ethik in gleichem Maße zu beachten wie bei der Behandlung lebender Patienten. Es besteht die gleiche Verpflichtung, die Interessen der Toten zu wahren, wie die des Lebenden. Hierzu gehört die Notwendigkeit, den eingetretenen Tod sicher festzustellen sowie Todesart und Todesursache aufzuklären.“*

Groß zeigt auch einen möglichen Konflikt zwischen ärztlicher Schweigepflicht und Zuarbeit für Strafverfolgung auf:<sup>324</sup>

*Wird z. B. ein Hausarzt zu seinem verstorbenen Patienten gerufen, so kann es vorkommen, daß er sich zwischen der ärztlichen Schweigepflicht und der Zusammenarbeit mit den Ermittlungsbehörden entscheiden muß - etwa dann, wenn ihm der Verstorbene einerseits in früherer Zeit im Vertrauen mitgeteilt hat, daß er von einem Familienmitglied (wiederholt) tätlich angegriffen wurde, die Leiche andererseits aber keine offensichtlichen Hinweise auf einen nichtnatürlichen Tod aufweist. Soll er die Ermittlungsbehörden einschalten oder sich - unter Wahrung seiner Schweigepflicht - an den Augenschein halten? Wie auch immer sich der Arzt entscheidet: in ethischer Sicht bleibt sein Verhalten anfechtbar. Wird ein derartiges Beispiel öffentlich, droht in beiden Fällen Kritik.*

Die medizinische Sektion ist vielfältiger gesellschaftlicher Kritik ausgesetzt:<sup>325</sup>

*Wer sich mit der Kritik an der Praxis der inneren Leichenschau beschäftigt, sieht sich immer wieder mit ethischen Bedenken, insbesondere aber mit Schlagwörtern wie 'Menschenwürde', 'Leichenruhe', 'Pietät' und 'religiöses Empfinden' konfrontiert.*

Groß nennt 10 gesellschaftliche Vorbehalte gegenüber einer medizinischen Sektion:<sup>326</sup>

- 1. Der Patient hat zu Lebzeiten genug gelitten; mit dem Tod hat er seinen Frieden gefunden, den es zu respektieren gilt.*
- 2. Sektionen sind mit Verstümmelungen des Körpers verbunden.*
- 3. Sektionen sind zeitraubend und führen zu Verzögerungen hinsichtlich der Bestattung.*
- 4. Für Hilfe ist es zu spät; Tote werden durch Sektionen nicht mehr lebendig.*
- 5. Die Autopsie läuft der praktizierten religiösen Auffassung zuwider bzw. macht aufgrund der*

323 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 86.

324 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 87.

325 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 88.

326 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 89.

*Versehrtheit des Körpers eine Reinkarnation unmöglich.*

6. *Angehörige werden ohnehin nicht vollständig bzw. selektiv über das Ergebnis der Autopsie informiert.*
7. *Die modernen diagnostischen Möglichkeiten in der Klinik machen eine spätere Sektion per se verzichtbar.*
8. *Sektionen dienen in erster Linie der Wissenschaft und damit dem Forschungsdrang der Ärzte.*
9. *Sektionen machen Umstände bzw. verursachen Kosten.*
10. *Die Durchführung einer Sektion insbesondere nach einer häuslichen Leichenschau führt in der Umgebung zu Spekulationen, daß ,mit der Leiche etwas nicht stimmt.*

Groß verweist auf eine juristische Entlastung durch eine medizinische Sektion:<sup>327</sup>

*Wenn man berücksichtigt, daß es nicht nur einen Tatverdacht, sondern auch einen Tatverdächtigen gibt, so bietet die sofortige Legalsektion eine unverzichtbare Chance, jeden Verdacht abzuwenden und die Schuldlosigkeit der betreffenden Person zu erweisen. Gerade die zweifelsfreie Rehabilitation einer solchen Person ist nicht nur eine juristische, sondern vor allem eine moralische Notwendigkeit.*

Groß weist auf die Täter im persönlichen Umfeld hin:<sup>328</sup>

*Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß viele Fälle von gewaltsamem Tod überhaupt nicht der Rechtsmedizin überstellt werden, sondern entweder gänzlich unentdeckt bleiben oder aber im Rahmen einer klinischen Obduktion zur Aufdeckung gelangen. Berücksichtigt man den Umstand, daß 35 bis 45 % aller Verbrechen mit Todesfolge von Angehörigen verübt werden, und daß mehr als die Hälfte der angesprochenen Fälle aus dem persönlichen Umfeld des Getöteten stammen“, erscheint es geradezu kurios, daß letztere über das ‚Ja‘ oder ‚Nein‘ einer klinischen Sektion zu entscheiden haben. Demnach ist eine Situation denkbar, in welcher der Täter/die Täterin die Obduktion des Opfers untersagt mit dem Argument, dies sei nicht im Sinne des Verstorbenen.*

Groß verweist auf die „Einbecker Empfehlung“:<sup>329</sup>

*Unabhängig von derartigen Extrembeispielen steht die in Deutschland praktizierte Zustimmungslösung seit langem in der (ärztlichen) Kritik. Auch die ‚Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht‘ spricht sich in den „Einbecker Empfehlungen‘ für die Einführung einer Informationslösung aus: Danach wäre eine klinische Obduktion dann legitim, wenn der Patient bzw. seine Angehörigen über die Möglichkeit einer Sektion aufgeklärt wurden und dieser nicht widersprachen. Das bereits angesprochene österreichische Modell wird ebenfalls immer wieder diskutiert.*

Groß betont:<sup>330</sup>

*Die regelmäßige Durchführung von Obduktionen ist letztlich für den Erhalt bzw. die Verbesserung des Gesundheitszustandes der gesamten Bevölkerung unerlässlich.*

Groß sieht Leichenschauer, Pathologen und Rechtsmediziner in der Pflicht:<sup>331</sup>

*Jeder Leichenschauer, Pathologe oder Rechtsmediziner hat demnach eine dreifache Aufgabe zu erfüllen: einen unmittelbaren medizinischen Dienst, einen Dienst an der Rechtssicherheit*

327 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 92.

328 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 93.

329 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 93.

330 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 93.

331 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 94.



des Bürgers sowie einen sozialen Dienst an der Gesundheit und Gesunderhaltung der Bevölkerung. Vor diesem Hintergrund darf es nicht überraschen, wenn Franz Böckle die Frage aufwirft, ob Einwände gegen die klinische Obduktion überhaupt „noch überzeugend begründet werden können.“! Andere gehen noch einen Schritt weiter und sehen in der Bereitstellung des entpersönlichten Körpers nach dem Tod mit Blick auf den gesellschaftlichen Nutzen ein unmittelbares ethisches Gebot.

Groß kritisiert die Arbeit der Medien:<sup>332</sup>

Nicht die Normalität, nicht der medizinische und gesellschaftliche Alltag interessieren, sondern die Kuriositäten, die Fehlleistungen, kurz: die spektakuläre Ausnahme von der Regel. Selbstverständlich sind nicht alle Verlagshäuser, Fernsehanstalten und Rundfunkstationen gleichermaßen anzuschuldigen. Aber gerade diejenigen Medien, die ein Massenpublikum erreichen, stellen häufig die Sensation über die Information. Die Bevölkerung reagiert auf derartige Berichte mit Verunsicherung und Vorbehalten. Die seit Jahren (leider nicht immer sachlich) geführte öffentliche Diskussion um das Transplantationsgesetz und die Verbindlichkeit des Hirntodkriteriums können hierfür als valide Beispiele gelten.

Groß tritt für eine Aufklärung ein:<sup>333</sup>

Den Hinterbliebenen sollte bekannt sein, daß die Trauerrituale und die Beerdigungszeremonie auch bei obduzierten Leichen in der Regel planmäßig durchgeführt werden können. Die klinische Sektion muß, wie Volker Becker sich ausdrückt, „herausgenommen werden aus der Zone der Heimlichkeit.“

Groß fasst zusammen:<sup>334</sup>

Viele Ärzte, Juristen und Kriminologen fordern seit Jahren eine Verbesserung der (rechtlichen) Rahmenbedingungen für die äußere wie auch die innere Leichenschau hierbei wird vielfach von einer anhaltenden „Misere“ oder gar einer „unendlichen Geschichte“ gesprochen. Jene Wortwahl suggeriert, daß die gegenwärtigen Probleme im Bereich der Leichenschau eine historische Dimension aufweisen. Die vorliegende Arbeit greift jene Unterstellung auf, indem sie der Frage nachgeht, inwieweit die aktuellen Problemfelder im Bereich der Leichenschau in Deutschland tatsächlich geschichtlich begründet sind. Untersuchungsgegenstand sind aber nicht allein historische Kontinuitäten, sondern auch durch den modernen Zeitgeist hervorgerufene Probleme im Bereich der Leichenschau.

Groß zur geschichtlichen Entwicklung der Leichenschau:<sup>335</sup>

Während die ersten Hinweise auf äußerliche Besichtigungen von Leichen Getöteter weit in die Vergangenheit zurückreichen, stellt die äußere Pflichtleichenschau eine vergleichsweise junge Einrichtung dar: In den meisten deutschen Staaten wurde sie, nach ersten Anstrengungen im 18. Jahrhundert, letztlich im Verlaufe des 19. Jahrhunderts institutionalisiert. Aus zeitgenössischen Schriften wird überdies deutlich, daß die Einführung der obligatorischen Leichenschau maßgeblich katalysiert wurde durch die Angst vor dem Scheintod und dem 'Lebendigbegrabenwerden'. Auch nach der Gründung des Deutschen Reiches verblieb die Leichenschau in den Händen der deutschen Einzelstaaten; noch 1935 bestand erst für die Hälfte der deutschen Bevölkerung eine obligatorische ärztliche Leichenschau. Dabei hatte es immer wieder Bestrebungen gegeben, die auf eine Vereinheitlichung der betreffenden Gesetzgebung abzielten. Gleichwohl unterliegen bis heute lediglich die gerichtliche und sozialversicherungsrechtliche Obduktion sowie die Seuchen- und Feuerbestattungssektion einer bundesweiten Regelung.

332 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 98.

333 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 98.

334 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 99.

335 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 99.



Groß bedauert zum Schluss:<sup>336</sup>

*Die historische Analyse der Leichenschau verdeutlicht ihre erheblichen rechtlichen, medizinischen, sozialen und ethischen Implikationen. Jene Einrichtung scheint nach wie vor in vielerlei Hinsicht verbesserungsbedürftig - sei es, daß historische Kritikpunkte bis dato noch nicht zufriedenstellend eingelöst bzw. umgesetzt werden konnten, oder sei es, daß Einflüsse des modernen Zeitgeistes die praktische Durchführung der (inneren) Leichenschau erschweren. Noch immer ist keine Regelung in Sicht, die alle Betroffenen - den mutmaßlich Verstorbenen bzw. seine Angehörigen, den ärztlichen Leichenschauer, die Ermittlungsbehörden und letztlich die gesamte Bevölkerung - in sozialer, ethischer, juristischer und medizinischer Sicht gleichermaßen zufriedenstellen könnte.*

---

336 Dominik Groß: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau, 100.

# 3 Gesetze und Vorschriften

## 3.1 18. und 19. Jahrhundert

### 3.1.1 Gerichtliche Leichenschauen im 18. und 19. Jh.

Im Jahr 1791 erschienen die „Annalen der Gesetzgebung und Rechtsgelehrsamkeit in den preussischen Staaten“. Darin heißt es:<sup>337</sup>

*Bey der Criminal - Untersuchung überhaupt und der Leichenschau insbesondere hat das Gesetz nur die Entdeckung der Schuld oder Unschuld der Inquisitin zur Absicht. Deswegen schreibt das Gesetz Handlungen vor, welche es für die dienstlichen hält, die Wahrheit vollständig auszumitteln.*

In der „Bibliothek für die peinliche Rechtswissenschaft und Gesetzkunde“ (1797) wird ein Fall genannt, für den ein Arzt als Sachverständiger zur Leichenschau gerufen wurde:<sup>338</sup>

*Das Gutachten der bey der Leichenschau zugegangenen Aerzte läßt noch einige Zweifel gegen das Leben des Kindes übrig, und es kann deswegen nicht auf die Todesstrafe erkannt werden.*

In den „Grundsätze der Criminalrechtswissenschaft“ (1798) heißt es in § 186:<sup>339</sup>

*Der Augenschein, wohin auch die Haussuchung und, bey Ermordungen, die Leichenschau gehören, verdient unter diesen gewiß den ersten Platz, und darf, wo er möglich ist, nie von dem Inquisitor vernachlässigt werden. Er ist von der größten Wichtigkeit, denn durch ihn erlangt der Richter nicht nur öfters, durch seine eigenen Sinne, die festeste Ueberzeugung von der Gewissheit des Thatbestandes, sondern auch häufig noch von andern Umständen, welchen ihm beste Schlüsse auf das eigentliche Beweisthema an die Hand geben.*

Im Jahr 1800 schrieb Tittmann, Karl August: Grundlinien der Strafrechtswissenschaft und der deutschen Strafgesetzkunde“ in § 442 zur gerichtlichen Leichenschau:<sup>340</sup>

*Wenn die Besichtigung bei Tödtungen (wo sie Section, Leichenschau , in- spectio cadaveris genannt wird,) oder bei Verwundungen geschieht, so ist vorzüglich auf die Beschaffenheit der Wunden, nach ihrer Größe, Breite, Tiefe, und der Zeit, wann sie zugefügt worden sind a) u.s.w. Rücksicht zu nehmen. Die Besichtigung selbst, muß hier bei besetzter Gerichtsbank (§ 435.) und nach dem Gerichtsbrauche b) von einem Ärzte c) und Wundärzte geschehen, welche hierzu besonders vereidet seyn müssen d),...*

Die „Neue allgemeine deutsche Bibliothek“ (1801) schreibt zur Leichenschau:<sup>341</sup>

337 Ernst Ferdinand Klein (Hg.): Annalen der Gesetzgebung und Rechtsgelehrsamkeit in den preussischen Staaten. 7. Band. Berlin 1791, 205. Nach:

<https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb10551728?q=Leichenschau&page=225>

338 Bibliothek für die peinliche Rechtswissenschaft und Gesetzkunde. Herborn 1797, 277. Nach:

<https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb10393813?q=Leichenschau&page=293>

339 Karl Grolman: Grundsätze der Criminalrechtswissenschaft : nebst einer systematischen Darstellung des Geistes der deutschen Criminalgesetze. Giessen 1798, § 186. Nach:

<https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb11704272?q=Leichenschau&page=120>

340 Tittmann, Karl August: Grundlinien der Strafrechtswissenschaft und der deutschen Strafgesetzkunde. Leipzig 1800, § 442. Nach: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb10395722?q=Leichenschau&page=377>

341 Neue allgemeine deutsche Bibliothek. Das LVI. Bandes Erstes Stück. 1.-4. Heft. Berlin 1801, 80. Nach: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb10731046?q=Leichenschau&page=90>

*Zu den Beweismitteln wird mit Recht auch der Augenschein, und als solcher auch die Haussuchung, und bey Ermordungen die Leichenschau gerechnet; bey der Lehre vom Beweise, besonders von den Anzeigen, vermissen wir die Rücksicht auf den Beweis der Unschuld oder der Einreden des Beschuldigten, deren erste im Titel von der Vertheidigungsschrift gedacht wird.*

Im Jahr **1802** nennen die „Fränkische Provinzial-Blätter“ ein Beispiel, wie aufwändig zuweilen eine gerichtliche Leichenschau erfolgte:<sup>342</sup>

*Noch am nämlichen Tage ist auch die Leichenschau auf gewöhnliche Weise in Gegenwart zweyer Aerzte und vier Wundärzte vorgenommen worden. Die Obducenten versichern, daß die Wunde in die obere sechste Rippe auf mehr als den dritten Theil eingeschnitten habe und durch den untern Rand der linken Lunge durch – eingedrungen, und als die einzige Ursache des plötzlichen Todes zu betrachten sey.*

Im „Allgemeines deutsches Gesetzbuch“ (**1802**) heißt es in § 12 der gerichtlichen Leichenschau:<sup>343</sup>

*Wenn es eine Leichenschau ist, so hat der peinliche Richter, unter dessen Gerichtszwange das Verbrechen begangen worden, solche vorzunehmen.*

### **3.1.2 1833: Gerichtliche Leichenschauen**

Im Jahr 1833 wurde die „Instruction für die öffentlich angestellten Aerzte und Wundärzte in den K. K. österreichischen Staaten, wie sie sich bei gerichtlichen Leichenschauen zu benehmen haben“ erlassen. In § 1 heißt es:<sup>344</sup>

*Die Besorgung der gerichtlichen Leichenschauen, weil davon der richterliche Urtheilsspruch über Ehre, Freiheit, Eigenthum und Leben der Beklagten und inquisiten größtentheils abhängt, macht einen der wichtigsten Gegenstände der Geschäfte des öffentlich aufgestellten Medicinal-Personals aus.*

In § 2 wird der Personenkreis der Ärzte angegeben:<sup>345</sup>

*Es sind demnach auf dem platten Lande die Kreisärzte und Kreiswundärzte, in den Städten die Stadtphysici, oder die Magistri Sanitatis, und die Stadtwundärzte, die sämmtlich schon bei ihrer Anstellung den gewöhnlichen Diensteid zu leisten verhalten werden, der Regel nach diejenigen, welche die gerichtlichen Leichenschauen (Obductionen) zu besorgen haben; und nur dann, wenn die Krankheitshalber oder irgend eines anderen legalen Hindernisses wegen dabei zu erscheinen nicht im Stande wären, oder wenn Gefahr am Verzuge haftet, ist an ihrer Statt ein anderer graduierter Arzt, oder approbierter Wundarzt, die in der Gegend als geschickte und zuverlässige Männer bekannt sind, durch Anordnung der Obrigkeit zu substituieren, wo aber diese Substituirt für einen jeden einzelnen solcher Akte die Eidespflicht besonders zu leisten haben.*

---

342 Fränkische Provinzial-Blätter. Baireuth 1802, 730. Nach:

<https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb10614974?q=Leichenschau&page=24>

343 Allgemeines deutsches Gesetzbuch aus den unveränderten brauchbaren Materialien des gemeinen Rechts in Deutschland. Erste Abtheilung. Das Bürgerrecht. Zweyter Band. Frankfurt an der Oder 1802, 281. Nach:

<https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb10623302?q=Leichenschau&page=289>

344 Instruction für die öffentlich angestellten Aerzte und Wundärzte in den K. K. österreichischen Staaten, wie sie sich bei gerichtlichen Leichenschauen zu benehmen haben. Prag 1833, 3. Nach:

<https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb10687755?q=Leichenschau&page=7>

345 Instruction für die öffentlich angestellten Aerzte und Wundärzte in den K. K. österreichischen Staaten, wie sie sich bei gerichtlichen Leichenschauen zu benehmen haben. Prag 1833, 3. Nach:

<https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb10687755?q=Leichenschau&page=7>

In § 3 wird der Zweck der gerichtlichen Leichenschau benannt:<sup>346</sup>

*Die gerichtliche Leichenschau ist aber in allen jenen Fällen nothwendig:*

*a) Wo Jemand in längerer oder kürzer Zeit nach ihrer voraus erlittenen mechanischen Gewaltthätigkeit durch Stoßen, Hauen, Schlagen, mit stumpfen oder scharfen, schneidenden oder stechenden Werkzeugen, durch Fallen von einer beträchtlichen Höhe u.s.w. gestorben wäre. b) Bei wirklichen Vergiftungsfällen, oder auch nur, wenn Jemand nach dem Genuße irgend einer verdächtigen Speise, eines Getränkes, einer Arznei u. dgl. unter plötzlich darauf erfolgten heftigen, auf die Vermuthung einer Vergiftung hindeutenden Zufällen stirbt. c) Wenn auch auf den bloß äußerlichen Gebrauch von Salben, Bädern, Waschwasser, Haarpuder u.dgl., die in der Absicht, entweder um Hautausschläge, oder um Läuse und anderes Ungeziefer zu vertreiben, ohne Verordnung eines Arznei-Verständigen gebraucht wurden, der Tod unter den oben genannten Zufällen erfolgt. d) Bei Erwürgten, Erhängten, Erdrückten, Ertrunkenen, Erstickten. e) Bei plötzlich verstorbenen, vorhin ganz gesunden Personen, wo die Ursache des Todes nicht bekannt ist. f) Bei, in Wohnungen, auf freier Gasse, auf wegsamen und unwegsamen Orten, todtgefundenen, bekannten und unbekannten Personen. g) Bei allen todtgefundenen neugeborenen Kindern ohne Unterschied. h) Bei jenen todtten neugeborenen Kindern, wo der Verdacht einer gewaltsamen Fruchtabtreibung, oder einer gewaltsamen tödlichen Handanlegung obwaltet. i) Endlich auch bei Verstorbenen, die unter der Behandlung von Quacksalbern und Afterärzten starben, oder wo über die Unzweckmäßigkeit der vorausgegangenen ärztlichen Behandlung eine Klage vor Gericht angebracht worden wäre, und überhaupt außerdem noch in allen jenen Fällen, in welchen irgend eine Gerichtsbehörde eine gerichtliche Leichenschau anzuordnen für nöthig finden wird.*

In § 5 wird der Kreis der Ärzte eingeschränkt:<sup>347</sup>

*In solchen Fällen, wo (§. 3.) eine gerichtliche Leichenschau Statt finden muß, ist es weder dem Ärzten noch Wundärzten, welche den Verstorbenen in seinen letzten Lebenstagen behandelten, noch sonst Jemand andern unter der strengsten Ahndung erlaubt, irgend eine anatomische oder andere Untersuchung, wodurch die späterhin eintretende gerichtliche Leichenschau entweder ganz, oder nur zum Theil vereitelt, oder wenigstens doch unzuverlässig gemacht werden könnte, vorzunehmen;....*

### 3.1.3 1839: Instruktion für die Leichenschauer

Die „Instruktion für die Leichenschauer“ (1839) ist wie ein Gesetz aufgesetzt: Artikel 1 nennt den Zweck der Leichenschau:<sup>348</sup>

*Zweck der Leichenschau ist, die Berdigung Scheintodter, dann die Verheimlichung gewaltsamer Todesarten und medicinischer Pfuschereien zu hindern, so wie zur Ausmittlung contagiöser und epidemischer Krankheiten, dann zur Herstellung genauer Sterbelisten geeignet mitzuwirken.*

Artikel 2 nennt die Pflichten des Leichenschauers:<sup>349</sup>

*Sobald der Leichenschauer von einem in seinem Districte eingetretene Todesfalle auf was immer für eine Weise Nachricht erhält, hat er sich, mit den nöthigen Mitteln zu*

346 Instruction für die öffentlich angestellten Aerzte und Wundärzte in den K. K. österreichischen Staaten, wie sie sich bei gerichtlichen Leichenschauen zu benehmen haben. Prag 1833, 3f. Nach:

<https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb10687755?q=Leichenschau&page=7>

347 Instruction für die öffentlich angestellten Aerzte und Wundärzte in den K. K. österreichischen Staaten, wie sie sich bei gerichtlichen Leichenschauen zu benehmen haben. Prag 1833, 5. Nach:

<https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb10687755?q=Leichenschau&page=9>

348 Auf seiner Königlichen Majestät allerhöchsten Befehl: Instruktion für die Leichenschauer. München 1839, 1. Nach:

<https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb10385204?q=Leichenschau&page=5>

349 Auf seiner Königlichen Majestät allerhöchsten Befehl: Instruktion für die Leichenschauer. München 1839, 1f. Nach:

<https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb10385204?q=Leichenschau&page=5>

*Belebungsversuchen versehen, zur Vornahme der ersten Schau alsbald an den Ort und Stelle zu begeben. Geschah die Benachrichtigung durch die hierzu Verpflichteter, so liegt ihm auf Verlangen deren Bescheinigung unter Angabe des Tages und der Stunde, wenn sie geschah – im entgegengesetzten Falle aber die Anzeige der Unterlassung bei der einschlägigen Polizey—Behörde ob.*

Artikel 3 nennt die Durchführung der ersten Leichenschau.<sup>350</sup>

*Die erste Leichenschau hat sich zunächst mit Constanirung der den Tod in der Regel begleitenden Merkmale an der Leiche zu befassen.*

*Als solche gelten, wenn*

- 1) in der Herzgegend, am Halse, an den Schläfen und den Vorderarmen keine Spur von Puls wahrzunehmen ist, wenn*
- 2) ein oberhalb des Ellenbogens angelegtes Band weder Anschwellen der Adern noch Röthe der Haut verursacht, wenn*
- 3) ein volles Glas Wasser, auf verschiedene Brustgegenden gestellt, keine Erschütterung, eine Flaumfeder oder brennende Kerze, an den Mund gehalten, keine Bewegung, oder ein Spiegel solchen Falles keine Spur eines Hauches zeigt; wenn*
- 4) die Augenlider sobald sie auseinander gezogen werden, offen stehen bleiben, und die Augen selbst tief in die Höhlen zurückgezogen glanzlos, trüb und schmierig erscheinen; wenn,*
- 5) der Augenstern bei Beleuchtung oder Reibung des Auges ganz unbeweglich bleibt; wenn*
- 6) das Gesicht schmutzfarbig, Augenbraunen-Bogen und Wangenknochen hervorragend, Kinn und Nase spitz, Wangen und Schläfe eingesunken, und alle Körpertheile blaß und kalt sind; wenn*
- 7) die Unterkinnlade abwärts hängt, und bei jedesmaligem Hinaufziehen sogleich wieder herabsinkt.*

Artikel 8 beschreibt das „Verfahren bei Verdacht des Scheintodes“.<sup>351</sup>

*Läßt die erste Schau Verdachtsgründe obwaltenden Scheintodes entnehmen, so hat der Leichenschauer ungesäumt Belebungsversuche anzuordnen.*

Artikel 9 nennt die anzuwendenden „Belebungsmittel“.<sup>352</sup>

*Die Belebungsmittel, welche bis zum Eintreffen des ungesäumt herbeizurufenden Arztes solchen Falles in Anwendung zu kommen haben, sind*

- 1) reine, mäßig erwärmte Luft;*
- 2) halb sitzende, halb liegende Richtung des Körpers;*
- 3) Senftaig=Ueberschläge auf Brust und Waden;*
- 4) abwechselndes Reiben der Fußsohlen mit weichen Bürsten; und der übrigen Körpertheile mit warmen wollenen, trockenen, oder mit Wein, Weingeist, Kampergeist oder Essig befeuchteten Tüchern;*
- 5) Reizung des Schlundes mit einer in Oel getauchten Feder;*
- 6) Klystiere aus Aufgüssen von aromatischen Kräutern;*
- 7) zeitenweise vorsichtiges Eintröpfeln Hofmannscher Tropfen, oder einer Mischung von Carmelitegeist und Wein in den Mund.*

Artikel 10 nennt die Dauer der Anwendung.<sup>353</sup>

350 Auf seiner Königlichen Majestät allerhöchsten Befehl: Instruktion für die Leichenschauer. München 1839, 2f. Nach: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb10385204?q=Leichenschau&page=6>

351 Auf seiner Königlichen Majestät allerhöchsten Befehl: Instruktion für die Leichenschauer. München 1839, 4. Nach: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb10385204?q=Leichenschau&page=8>

352 Auf seiner Königlichen Majestät allerhöchsten Befehl: Instruktion für die Leichenschauer. München 1839, 5f. Nach: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb10385204?q=Leichenschau&page=9>

353 Auf seiner Königlichen Majestät allerhöchsten Befehl: Instruktion für die Leichenschauer. München 1839, 6. Nach: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb10385204?q=Leichenschau&page=10>



*Diese Mittel werden so lange fortgesetzt, bis entweder der Scheintodte ins Leben zurückgekehrt oder schluckt, wo ihm alsdann warme Fleischbrühe, aromatischer Thee oder etwas Wein zu reichen ist, oder bis gänzliche Erfolglosigkeit nach stundenlanger Anwendung das Verfahren nach Art. IV. rechtfertigt.*

Artikel 11 nennt das Vorgehen bei Verdacht eines gewaltsamen Todes:<sup>354</sup>

*Ergibt der Befund der ersten Schau die Gewißheit oder auch nur den Verdacht einer gewaltsamen Todesart, so liegt dem Leichenschauer, neben ungesäumter Anzeige bei der betreffenden Polizeybehörde, die umsichtigste Vorsorge dafür ob, dass die zum Beweise des gewaltsamen Todes dienlichen Anzeigen und Merkmale möglichst unverändert bleiben.*

Artikel 13 betrifft fortgeschrittene Schwangerschaften:<sup>355</sup>

*Zeigt sich bei einer Leiche der Fall einer bereits in das sechste Monat oder weiter vorgerückten Schwangerschaft, so hat der Leichenschauer zur möglichen Rettung des Kindes je nach Maßgabe seiner Qualification weder selbst den Kaiserschnitt vorzunehmen, oder zur Vornahme desselben einen Arzt schleunigst herbeizurufen.*

Mit Artikel 15 beginnen die Artikel der zweiten Leichenschau:<sup>356</sup>

*Die zweite Leichenschau ist 48 – bei ansteckenden Krankheiten 24 bis 30 Stunden nach dem Tode vorzunehmen, und hat den Zweck, die nach Verlauf dieser Zeit in der Regel sich zeigenden sichern Merkmale des Todes zu constatiren.*

*Dieselbe fällt weg*

- 1) bei gewaltsamen, jede Wiederbelebung ihrer Natur nach ausschließenden Todesarten;*
- 2) wenn bereits eine Section der Leiche statt gefunden hat.*

Artikel 16 nennt die „sichere Merkmale des Todes“:<sup>357</sup>

*Als sichere Merkmale des Todes sind zu betrachten, wenn außer den in Art. III. angeführten Erscheinungen*

- 1) die Haut eingeschrumpft, das Innere der Nase trocken und schwärzlich, die Herzgrube ohne Spur von Wärme, und der ganze Körper erstarrt sich zeigt; wenn*
- 2) die Lippen blau oder dunkelbraun gefärbt sind, und Schaum oder dunkelfarbige Jauche aus selbigen hervortritt; wenn*
- 3) der Unterleib eine blaue oder grüne Färbung angenommen hat; wenn*
- 4) der Körper in seinen weichen Theilen breiartig, und, wo er aufliegt, platt gedrückt erscheint, überall die Spuren des Finger=Eindrucks behält, und an verschiedenen Stellen desselben, namentlich am Rücken, Gesäß und der Hinterseite der Schenkel blauröthliche, grüne oder schwarze Flecken sich zeigen, die bei gemachten Einschnitten kein ausgetretenes Blut erkennen lassen; wenn*
- 5) die Schließmuskeln des Afters offen stehen; endlich*
- 6) wenn ein aashaft stinkender Geruch sich einstellt.*

Artikel 18 ist eine Vorsichtsmaßnahme:<sup>358</sup>

354 Auf seiner Königlichen Majestät allerhöchsten Befehl: Instruktion für die Leichenschauer. München 1839, 6. Nach: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb10385204?q=Leichenschau&page=10>

355 Auf seiner Königlichen Majestät allerhöchsten Befehl: Instruktion für die Leichenschauer. München 1839, 7. Nach: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb10385204?q=Leichenschau&page=11>

356 Auf seiner Königlichen Majestät allerhöchsten Befehl: Instruktion für die Leichenschauer. München 1839, 8. Nach: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb10385204?q=Leichenschau&page=12>

357 Auf seiner Königlichen Majestät allerhöchsten Befehl: Instruktion für die Leichenschauer. München 1839, 8f. Nach: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb10385204?q=Leichenschau&page=12>

358 Auf seiner Königlichen Majestät allerhöchsten Befehl: Instruktion für die Leichenschauer. München 1839, 10. Nach: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb10385204?q=Leichenschau&page=14>

*Finden sich bei der zweiten Leichenschau die oben (Art. XVI.) erwähnten sichern Merkmale des Todes nicht vor, so ist dem Ärzte ungesäumte Anzeige zu machen, und die Beerdigung jedenfalls bis zum Eintritte der Verwesung zu verschieben.*

### 3.1.4 1885: Oberpolizeiliche Vorschrift

Eine „Oberpolizeiliche Vorschrift“ vom 20.11.1885 bestimmt § 1 zur Leichenschau:<sup>359</sup>

*Jede menschliche Leiche ist vor der Beerdigung nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen der Leichenschau zu unterstellen. Die Leichen neugeborener Kinder unterliegen der Leichenschau nur dann, wenn die Frucht nach zurückgelegtem siebten Monate der Schwangerschaft von der Mutter getrennt wurde.*

Der § 4 lautet:<sup>360</sup>

*Die Vornahme der Leichenschau in öffentlichen Kranken-, Wohlthätigkeits- Straf- und ähnlichen Anstalten obliegt den Anstaltsärzten.*

*Im Übrigen sind zur Leichenschau in erster Reihe Aerzte, dann Chirurgen, Bader, vormalige Sanitätssoldaten und Lazarethgehilfen, endlich, in Ermangelung von solchen, Laien zu berufen. Die letzteren sind durch den k. Bezirksarzt vor ihrer Bestellung entsprechend zu unterweisen und nach Bedürfniß später zeitweise einer Prüfung zu unterziehen.*

*Die Leichenschau darf nur unbescholtenen Personen übertragen und belassen werden.*

In § 5 heißt es:<sup>361</sup>

*Die Leichenschauer und deren Stellvertreter sind, sofern sie nicht in Folge ihrer dienstlichen Stellung als Amts- oder Anstaltsärzte bereits verpflichtet sind, durch die Distriktskpolizeibehörde handgelöblich in Pflicht zu nehmen.*

*Die Leichenschaubezirke sowie die bestellten Leichenschauer und deren Stellvertreter sind öffentlich bekannt zu machen.*

In § 6 heißt es:<sup>362</sup>

*Die ärztliche Leichenschau ist in der Regel einmal, die nichtärztliche zweimal vorzunehmen.*

*In Gemeinden, welche ein Leichenhaus besitzen, hat, gleichviel ob die Leichenschau durch Aerzte oder durch Nichtärzte ausgeübt wird, eine zweimalige Leichenschau stattzufinden.*

In § 9 heißt es:<sup>363</sup>

*Ueber die erfolgte Leichenschau hat der Leichenschauer einen Leichenschauschein auszufüllen. Die Ausfertigung darf erst dann erfolgen, wenn der Leichenschauer die volle Gewissheit des eingetretenen Todes gewonnen hat.*

*Sind Anhaltspunkte für die Annahme eines nicht natürlichen Todes vorhanden, so hat der Leichenschauer gemäß Arti. 43 Abs. 1 des Polizeistrafgesetzbuches unverzüglich Anzeige und Befundsbericht an die Ortspolizeibehörde zu erstatten, von welcher nach Maßgabe § 157 der Reichsstrafprozeßordnung und nach der Ministerialbekanntmachung vom 3. Oktober 1878 (Ministerial-Amtsblatt Seite 537 sofort weitere Einleitung zu treffen ist. Das gleiche Verfahren ist bezüglich aufgefundenen Leichen zu beobachten.*

*Der Leichenschauschein ist in diesen Fällen (Abs. 2) mit der Bemerkung zu versehen, daß die*

359 Oberpolizeiliche Vorschriften vom 20. November 1885 über die Leichenschau und die Zeit der Beerdigung. Ansbach 1886, 1. Nach: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb11567579?q=Leichenschau&page=7>

360 Oberpolizeiliche Vorschriften vom 20. November 1885 über die Leichenschau und die Zeit der Beerdigung. Ansbach 1886, 2. Nach: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb11567579?q=Leichenschau&page=8>

361 Oberpolizeiliche Vorschriften vom 20. November 1885 über die Leichenschau und die Zeit der Beerdigung. Ansbach 1886, 2. Nach: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb11567579?q=Leichenschau&page=8>

362 Oberpolizeiliche Vorschriften vom 20. November 1885 über die Leichenschau und die Zeit der Beerdigung. Ansbach 1886, 2. Nach: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb11567579?q=Leichenschau&page=8>

363 Oberpolizeiliche Vorschriften vom 20. November 1885 über die Leichenschau und die Zeit der Beerdigung. Ansbach 1886, 3f. Nach: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb11567579?q=Leichenschau&page=9>

*Beerdigung nicht vor Ertheilung der nach § 157 der Reichs-Strafprozeßordnung beziehungsweise nach der angeführten Ministerial-Bekanntmachung erforderlichen richterlichen oder behördlichen Genehmigung erfolgen darf.*

In § 10 heißt es:<sup>364</sup>

*In der Regel dürfen Leichen nicht früher als 48 und nicht später als 72 Stunden nach Eintritt des Todes beerdigt werden.*

In der Anlage heißt es zur „Dienstanweisung für die Leichenschauer“:<sup>365</sup>

*Zweck der Leichenschau ist:*

*die Verheimlichung von gewaltsamen oder durch strafbare Vernachlässigung oder medizinische Pfuscherei herbeigeführten Todesarten zu hindern, zur Ermittlung ansteckender Krankheiten sowie zur Herstellung genauer Sterbelisten mitzuwirken und die Beerdigung Scheintodter zu verhüten.*

*In diesem Behufe ist jede Leiche genau zu untersuchen und bei der ersten Leichenschau sowohl an der Vorder- als an der Rückseite des Körpers zu besichtigen.*

Des weiteren heißt es in der „Dienstanweisung für die Leichenschauer“:<sup>366</sup>

*Die Leichenschau hat sich zunächst mit der Feststellung der den Tod begleitenden Merkmale an der Leiche zu befassen.*

*Als solche gelten, wenn*

- 1. in der Herzgegend am Halse, an den Schläfen und den Vorderarmen keine Spur vom Puls wahrzunehmen ist;*
- 2. die Augenlider, sobald sie auseinander gezogen werden, offen stehen bleiben und die Augen selbst tief in die Höhlen zurückgezogen, glanzlos und trüb erscheinen, sowie wenn die Augäpfel eine schlaffe und weiche Beschaffenheit zeigen;*
- 3. alle Körpertheile blaß und kalt, Kinn und Nase spitz, Wangen und Schläfen eingesunken sind;*
- 4. der Unterkiefer abwärts hängt und bei jedesmaligen Hinaufziehen sogleich wieder herabsinkt, oder wenn die Muskeln sich fest und steif anfühlen (Leichenstarre);*
- 5. die Ränder der aneinander gelegten und gegen Kerzenlicht gehaltene Finger nicht mehr röthlich durchscheinen;*
- 6. eine Flaumfeder oder brennende Kerze, an den Mund gehalten, keine Bewegung oder ein Spiegel bei dieser Probe keinen Beschlag zeigt.;*
- 7. an verschiedene Stellen des Körpers, namentlich am Nacken, Rücken, Gesäß und der hinteren Flächen der Extremitäten verwaschen blauröthliche Flecken (sogenannte Todtenflecken) zeigt.*

*Der nichtärztliche Leichenschauer hat mindestens die unter 1-4 aufgeführten Merkmale zu prüfen.*

*Zur Feststellung des Todes in zweifelhaften Fällen wird den ärztlichen Leichenschauern die Prüfung der elektrischen Erregbarkeit der Muskeln und Nerven empfohlen.*

Weiter heißt es dort:<sup>367</sup>

364 Oberpolizeiliche Vorschriften vom 20. November 1885 über die Leichenschau und die Zeit der Beerdigung. Ansbach 1886, 4. Nach: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb11567579?q=Leichenschau&page=10>

365 Oberpolizeiliche Vorschriften vom 20. November 1885 über die Leichenschau und die Zeit der Beerdigung. Ansbach 1886, 7. Nach: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb11567579?q=Leichenschau&page=13>

366 Oberpolizeiliche Vorschriften vom 20. November 1885 über die Leichenschau und die Zeit der Beerdigung. Ansbach 1886, 7f. Nach: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb11567579?q=Leichenschau&page=13>

367 Oberpolizeiliche Vorschriften vom 20. November 1885 über die Leichenschau und die Zeit der Beerdigung. Ansbach 1886, 8. Nach: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb11567579?q=Leichenschau&page=14>

*Als Anzeichen einer gewaltsamen Todesart sind zu erachten:*

- 1. bei Tödtung durch äußere Verletzungen: Wunden, Anschwellungen, Blutunterlaufungen, bei Neugeborenen abgerissene oder ununterbundene Nabelschnur;*
- 2. bei Tödtung durch Erstickung: Eindrücke, Streifen oder Flecken im Gesichte oder am Halse, Aufgedunsenheit und Blaufärbung des Gesichtes, fremde Körper im Munde, Blutaustritte im Weißen der Augen;*
- 3. bei Tödtung durch Vergiftung: rasch erfolgter Tod nach heftigen Leibschmerzen, Erbrechen, Durchfall, Krämpfen und Bewußtlosigkeit;*
- 4. bei Vernachlässigung kleiner Kinder: äußerste Abmagerung, große Unreinlichkeit des Körpers, auffallend starkes Wundbein an den Oberschenkeln, Fersen ec.*

Weiter heißt es dort.<sup>368</sup>

*Lässt die Leichenschau den Verdacht des Scheintodes aufkommen, so hat der Leichenschauer, falls er nicht selbst Arzt ist, ungesäumt die Beiziehung eines approbierten Arztes zu veranlassen, damit die Sachlage festgestellt und das Nöthige angeordnet werde. Inzwischen sind Belebungsversuche zu machen.*

*Die Belebungsmitel, welche in Anwendung zu kommen haben, sind:*

- 1. Oeffnen der Fenster und Erwärmung des Zimmers;*
- 2. Einleitung der künstlichen Athmung;*
- 3. Auflegen erwärmter Senfteige auf die Brust und auf die Extremitäten;*
- 4. Reiben mit weichen Bürsten, mit Essigtüchern, Kampergeist, auch mit wollenen, erwärmten Tüchern;*
- 5. Reizung des Schlundes mit einer Feder;*
- 6. Riechen an Salmiakgeist;*
- 7. zeitweises Einträufeln einiger Tropfen von Melissengeist oder einer ähnlichen Flüssigkeit in den Mund.*

*Die Anwendung dieser Mittel ist, soferne nicht inzwischen ärztliche Hilfe eintrifft, so lang fortzusetzen, bis entweder der Scheintodte in das Leben zurückkehrt und schluckt, wo ihm alsdann warme Fleischbrühe, Thee oder etwas Wein zu reichen ist, oder bis die gänzliche Erfolglosigkeit der Belebungsversuche außer Zweifel steht.*

---

368 Oberpolizeiliche Vorschriften vom 20. November 1885 über die Leichenschau und die Zeit der Beerdigung. Ansbach 1886, 9. Nach: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb11567579?q=Leichenschau&page=15>

## 3.2 20. Jahrhundert

### 3.2.1 1921: Coburger Regierungs-Blatt

Im Coburger Regierungs-Blatt vom 10.09.1921 steht eine „Verordnung über die Leichenschau“ des Staatsministerium des Inneren.<sup>369</sup>

Die §§ 6, 7 und 12 der oberpolizeilichen Vorschriften über die Leichenschau und die Zeit der Beerdigung vom 20. November 1855, GGBI. S. 655 (Bekanntmachung vom 6. Dezember 1887, GGBI. S. 690, 28. März 1907, GGBI. S. 227, 26. Juni 1918, GGBI. S. 349 und vom 20. Februar 1920, GGBI. S. 51) erhalten folgende Fassung:

§ 6. Die Leichenschau ist in der Regel einmal vorzunehmen. Eine zweite Leichenschau muß stattfinden, wenn dies nach Lage des Falles zur Erfüllung des Zweckes der Leichenschau (Ziffer 1 der Dienstanweisung für die Leichenschauer) notwendig ist.

Eine zweite Leichenschau kann stattfinden, wenn die Angehörigen es wünschen. Der Leichenschauer hat den Grund der Vornahme der zweiten Leichenschau auf dem Leichenschauschein kurz zu vermerken.

§ 7. Die Leichenschau ist nicht vor Ablauf von acht Stunden und wenn möglich, innerhalb 24 nach dem Tode vorzunehmen. Leichen, die von der Wohnung in ein Leichenhaus verbracht werden, sind vor der Ueberführung zu besichtigen, die Leichenschau darf in diesem Falle auch vor Ablauf von acht Stunden nach dem Tode vorgenommen werden.

Die Leichenschau ist bei plötzlichen aber verdächtigen Todesfällen (nicht natürlichem Tod oder Verdacht auf solchen), ferner, wenn es zur Verhütung der Verbreitung einer übertragbaren Krankheit notwendig ist, möglichst zu beschleunigen

§ 12. Der Leichenschauer hat für die Vornahme der Leichenschau Gebühren zu beanspruchen. Die Gebühr beträgt sowohl für die erste und für die zweite Leichenschau:

I. für ärztliche Leichenschauer:

1. Am Wohnort ..... 10,- M.

2. außerhalb des Wohnortes

a) für die Verrichtung..... 10,- M

b) außerdem, wenn die Entfernung des Ortes der Leichenschau vom Wohnorte des Leichenschauers mehr als 2 Kilometer beträgt, eine Entfernungsgebühr von..... 1,- M. für jeden Kilometer des Hin- und Rückweges. ...

II. für nichtärztliche Leichenschauer:

1. Am Wohnort ..... 6,50 M.

2. außerhalb des Wohnortes

a) für die Verrichtung..... 6,50 M

b) außerdem, wenn die Entfernung des Ortes der Leichenschau vom Wohnorte des Leichenschauers mehr als 2 Kilometer beträgt, eine Entfernungsgebühr von..... 0,70 M. für jeden Kilometer des Hin- und Rückweges. ...

Die Gebühren für eine außerhalb des Wohnortes (Ziffer I,2 und II,2) vorgenommene Leichenschau dürfen den Höchstbetrag von 20 Mk. nicht übersteigen.

Werden außerhalb des Wohnortes des Leichenschauers bei einem Gange mehrere Leichenschauen vorgenommen, so werden außer der Verrichtungsgebühr für jede einzelne Leichenschau die Entfernungsgebühren (Ziffer I,2, b und II,2, b) nur einmal geschuldet. In diesen Fällen sind die Entfernungsgebühren entsprechend zu verteilen.

Schuldner der Gebühr ist, wer die Beerdigungskosten zu bestreiten hat.

Das Staatsministerium des Innern ist ermächtigt, für einzelne Orte die Gebührensätze anderweitig festzusetzen.

Auf Ersuchen des Leichenschauers hat die Ortspolizeibehörde die Gebühren einzuheben.

Diese Verordnung tritt am 1. September 1920 in Kraft.

369 Staatsministerium des Innern: Verordnung über die Leichenschau. In: Coburger Regierungs-Blatt (10.09.1921), 1f.  
Nach: [https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb00024174\\_00281\\_u001?q=Leichenschau&page=1](https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb00024174_00281_u001?q=Leichenschau&page=1)



München, den 13. August 1920.

Auf Seite 3 ist die „Beurkundung von Sterbefällen der Kriegsteilnehmer“ angegeben.<sup>370</sup>

*In Ausführung des Art. I der Verordnung vom 23. Dezember 1920 (R.-G.-Bl. S. 1921 S. 28) ist für die Beurkundung von Sterbefällen der Kriegsteilnehmer des alten Heeres und der alten Marine das Zentralnachweiseamt für Kriegsverluste und Kriegsgräber und seine Zweigstellen für zuständig erklärt worden. Die Zweigstelle München des Zentralnachweiseamtes für Kriegsverluste u. Kriegergräber in München, Oberwiesenfeld 1 ist deshalb künftig für die militärdienstliche Feststellung des Todes und die Ausstellung von Sterbefallanzeigen des alten bayerischen Heeres die allein ausführende Amtsstelle.*

### 3.2.2 1922: Verordnung über die Leichenschaugebühren

In der „Verordnung über die Leichenschaugebühren“ wurden mit Wirkung ab dem 01.04.1922 für die Leichenschau folgende Gebühren festgesetzt: für „ärztliche Leichenschauer“ 20 Mark, für „nichtärztliche Leichenschauer“ 13 Mark. Für Entfernungen ab 2 km betrug für jeden Kilometer des Hin- und Rückwegs die Entfernungsgebühr für den „ärztlichen Leichenschauer“ 4 Mark, für den „nichtärztlichen Leichenschauer“ 2,50 Mark.<sup>371</sup>

### 3.2.3 1927: Verhandlungen des Reichstags

Im „Entwurf eines Allgemeinen Deutschen Strafgesetzbuchs“ (14.05.1927) heißt es in § 213 über das „Ausstellen unrichtiger ärztlicher Zeugnisse“:<sup>372</sup>

*„Approbierte Ärzte und andere staatlich geprüfte Medizinalpersonen, die bei berufsmäßiger Ausübung der Heilkunde, Krankenpflege, Geburtshilfe oder Leichenschau wissentlich ein unrichtiges Zeugnis zum Gebrauch im Rechtsverkehr ausstellen, werden mit Gefängnis bis zu zwei Jahren bestraft.*

*Wer von einem solchen unrichtigen Zeugnis im Rechtsverkehr zum Beweise der bezeugten Tatsache Gebrauch macht, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahre oder mit Geldstrafe bestraft.*

### 3.2.4 1930: Gesetz- u. Verordnungs-Blatt für den Freistaat Bayern

In den „Vorschriften für das Verfahren bei der gerichtlichen Untersuchung von Leichen“ heißt es in § 1:<sup>373</sup>

*1. Die Untersuchung von Leichen erfolgt nach den Vorschriften der §§ 87-91 der Strafprozessordnung durch richterliche Leichenschau oder durch gerichtliche Leichenöffnung.*

*2. Hält der Richter zur Vornahme der Leichenschau die Zuziehung eines Arztes für erforderlich, so hat er den Landgerichtsarzt oder den Bezirksarzt, einen Privatarzt aber nur dann zu wählen, wenn besondere Umstände es veranlassen.*

*3. Der Richter hat auch zur Vornahme der Leichenöffnung neben dem Gerichtsarzt als zweiten Arzt tunlichst einen Amtsarzt zuzuziehen.*

*4. Wird zur Leichenschau oder zur Leichenöffnung ein Privatarzt zugezogen, so soll tunlichst ein Privatarzt gewählt werden, der die Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst bestanden hat.*

370 Staatsministerium des Innern: Verordnung über die Leichenschau. In: Coburger Regierungs-Blatt (10.09.1921), 3. Nach: [https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb00024174\\_00281\\_u001?q=Leichenschau&page=3](https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb00024174_00281_u001?q=Leichenschau&page=3)

371 Verordnung über die Leichenschaugebühren. In: Coburger Regierung-Blatt. Jahrgang 1922, 87. Nach: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb00024175?page=107>

372 Entwurf eines Allgemeinen Deutschen Strafgesetzbuchs. In: Verhandlungen des Reichstags. III Wahlperiode 1924. Band 415. Berlin 1927, 23. Nach: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb00000099?q=Medizinalpersonen&page=572>

373 Vorschriften für das Verfahren bei der gerichtlichen Untersuchung von Leichen. In: Gesetz- u. Verordnungs-Blatt für den Freistaat Bayern. München 1930, 207f. Nach: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb00108591?page=215>

### 3.2.5 1931: Denkschrift über die gesundheitlichen Verhältnisse

In der „Denkschrift über die gesundheitlichen Verhältnisse des deutschen Volkes“, abgeschlossen im August 1931, heißt es zur Leichenschau:<sup>374</sup>

*Auf erhebliche Schwierigkeiten stoßen die bereits seit Jahrzehnten bestehenden Bestrebungen, eine lückenfreie, möglichst ärztlich durchgeführte Leichenschau einzuführen, die nicht nur eine einwandfreie Berichterstattung über die Ursachen der Sterbefälle und die sich hieraus ergebenden Schlußfolgerungen für die Gesundheitsfürsorge ermöglichen, sondern auch für die Rechtspflege eine große Bedeutung haben würde. Für weite Bevölkerungskreise, z.B. für 28 v.H. der preußischen Bevölkerung, bestehen überhaupt keine Anordnungen für die im übrigen örtlich sehr verschieden geregelte Leichenschau, in zahlreichen anderen ländlichen Gebieten des Reiches ermitteln lediglich amtlich bestellte Laienleichenschauer die Todesursache, wobei naturgemäß vielfache Irrtümer unterlaufen müssen.*

### 3.2.6 1932: Entwurf eines Gesetzes über das Genfer Abkommen

Im „Entwurf eines Gesetzes über das Genfer Abkommen“ heißt es in Artikel 4:<sup>375</sup>

*Die Kriegführenden sollen sich gegenseitig baldmöglichst die Namen der aufgenommenen oder aufgefundenen Verwundeten, Kranken und Gefallenen, ebenso wie alle Anhaltspunkte für ihre Identität mitteilen.*

*Sie sollen auch alle auf den Schlachtfeldern oder bei den Gefallenen gefundenen persönlichen Gebrauchsgegenstände, insbesondere die Hälfte der Erkennungsmarke, deren andere Hälfte an der Leichen bleiben muß, aufnehmen und sich zusenden.*

*Sie sollen darüber achten, daß der Beerdigung oder Verbrennung der Gefallenen eine sorgfältige und, wenn möglich, ärztliche Leichenschau vorausgeht, um den Tod festzustellen, die Identität zu klären und darüber Auskunft geben zu können.*

*Sie sollen ferner darüber wachen, daß die Beerdigung in ehrenvoller Weise erfolgt, die Gräber geachtet werden und jeder Zeit wiedergefunden werden können.*

*Zu diesem Zweck sollen sie bei Beginn der Feindseligkeiten amtlich einen Gräberdienst einrichten, um ein etwaiges Ausgraben zu ermöglichen und die Identifizierung der Leichen, wie auch die Reihenfolge der Gräber sei, sicherzustellen.*

*Bei Schluß der Feindseligkeiten sollen die Kriegführenden die Listen über die Gräber und über die in ihren Friedhöfen oder anderwärts bestatteten Gefallenen austauschen.*

### 3.2.7 1935: Dritte Durchführungsverordnung

In der dritten Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (Dienstordnung für die Gesundheitsämter – Besonderer Teil) heißt es in § 22 über die Leichenschauer:<sup>376</sup>

*Wo ein Bedürfnis dazu vorhanden und die ärztliche Leichenschau noch nicht allgemein durchgeführt ist, liegt dem Gesundheitsamt die Ausbildung, Prüfung und Dienstaufsicht der Leichenschauer (Leichenschauerinnen) ob.*

In § 73 heißt es zur Leichenschau:<sup>377</sup>

374 Denkschrift über die gesundheitlichen Verhältnisse des deutschen Volkes. In Verhandlungen des Reichstags. (V. Wahlperiode 1930. Band 451. Berlin 1932, 24. Nach:

<https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb00000135?page=120>

375 Entwurf eines Gesetzes über das Genfer Abkommen zur Verbesserung des Loses der Verwundeten und Kranken der Heere im Felde und das Abkommen über die Behandlung der Kriegsgefangenen. In: Verhandlungen des Reichstags. VII. Wahlperiode 1932. Band 456. Berlin 1933, 8. Nach:

<https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb00000140?q=Leichenschau&page=86>

376 Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens. Im Gesetz- und Verordnungs-Blatt für den Freistaat Bayern. München 1935, 368. Nach:

<https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb00108587?q=Leichenschau&page=384>

377 Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens. Im Gesetz- und

*Das Gesundheitsamt hat darauf hinzuwirken, daß die Leichenschau nach Möglichkeit überall eingerichtet und möglichst von Ärzten durchgeführt wird. Insbesondere hat das Gesundheitsamt auf die sorgfältige Ausstellung der Totenscheine durch die Ärzte zu achten.*

### 3.2.8 1942: Bekanntmachungen

In der Bekanntmachung über die Beförderung von Leichen (10.06.1942) heißt es in § 2 zur Leichenschau:<sup>378</sup>

- (I) Der Leichenpaß darf nur ausgestellt werden, wenn folgende Nachweise beigebracht sind:*
- a) die amtliche Sterbeurkunde (beglaubigter Auszug aus dem Sterbebuch) oder eine Bescheinigung des Standesamtes über die Eintragung des Sterbefalles;*
  - b) eine nach einer Leichenschau ausgestellte ärztliche Bescheinigung über die Todesursache und die einer Beförderung der Leiche etwa entgegenstehenden Bedenken (...);*
  - c) ein Ausweis der Ortspolizeibehörde über die vorschriftsmäßige Einsargung der Leiche (§§ 3-5);*
  - d) in den Fällen des § 159 RsrPrO, die von der Staatsanwaltschaft oder dem Amtsrichter erteilte schriftliche Genehmigung zur Bestattung.*
- (II) Die ärztliche Bescheinigung (Abs. I b kann dann, wenn die Leichenschau von einem in Deutschland approbierten Arzt ausgestellt wurde, vorbehaltlich der Bestimmungen in Abs. III von diesem Arzt ausgestellt werden. In allen übrigen Fällen darf sie nur von einem beamteten Arzt ausgestellt werden. Sie darf nur auf Grund des Leichenschauscheines und gegebenenfalls nach Anhörung des behandelnden Arztes ausgestellt werden. Für die ärztliche Bescheinigung ist ein Vordruck nach dem Muster (Anlage 2) zu verwenden.*

In der Bekanntmachung über die Einsargung von Leichen (17.07.1942) heißt es:<sup>379</sup>

*Die Ortspolizeibehörden werden jedoch ermächtigt, auch in anderen Fällen als in denen des § 10 Ziff. 1 Abs. II, III, VI ausnahmsweise eine frühere Einsargung zu genehmigen, wenn in einem nach Vornahme der ersten allgemeinen Leichenschau von einem mit der Leichenschau betrauten, in Deutschland approbierten Arzt oder von einem beamteten Arzt auf Grund eigener Wahrnehmung ausgestellten Zeugnis bescheinigt wird, dass an der Leiche die Merkmale des eingetretenen Todes mit Sicherheit festgestellt sind oder die Verwesung so ungewöhnliche Fortschritte gemacht hat, dass jede Möglichkeit des Scheintodes ausgeschlossen ist*

### 3.2.9 1946: Strafprozeßordnung

Unter § 87 der Strafprozessordnung (1946) heißt es zur gerichtlichen Leichenschau:

- (1) Die richterliche Leichenschau wird unter Zuziehung eines Arztes, die Leichenöffnung im Beisein des Richters von einem Arzt vorgenommen; in schwierigen Fällen kann der Richter einen zweiten Arzt hinzuziehen. Dem Ärzte, welcher den Verstorbenen in der dem Tode unmittelbar vorausgegangenen Krankheit behandelt hat, ist die Leichenöffnung nicht zu übertragen. Er kann jedoch aufgefordert werden, der Leichenöffnung anzuwohnen, um aus der Krankheitsgeschichte Aufschlüsse zu geben.*
- (2) Die Zuziehung eines Arztes kann bei der Leichenschau unterbleiben, wenn sie nach dem Ermessen des Richters entbehrlich ist.*

---

Verordnungs-Blatt für den Freistaat Bayern. München 1935, 384. Nach:

<https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb00108587?q=Leichenschau&page=400>

378 Bekanntmachung über die Beförderung von Leichen. (10.06.1942). Nach:

<https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb00108538?q=Leichenschau&page=97>

379 Bekanntmachung über die Einsargung von Leichen (17.07.1942). Nach:

<https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb00108538?q=Leichenschau&page=106>

### 3.2.10 1950: Verordnung über den gerichtsärztlichen Dienst

Im Bayerischen Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 25/1950 wurde die „Verordnung über den gerichtlichen Dienst“ (27.07.1950) veröffentlicht. In § 1 heißt es:<sup>380</sup>

*Der Landgerichtsarzt ist ärztlicher Sachverständiger des Landgerichts, für das er aufgestellt ist, und des Amtsgerichts seines Dienstsitzes.*

*Er wird im Bedarfsfall auch bei anderen Gerichten der Justizverwaltung, die zum Landgerichtsbezirk gehören, als ärztlicher Sachverständiger zugezogen. ...*

In § 10 sind die wesentlichen Aufgaben des Landgerichtsarztes genannt:<sup>381</sup>

*Die wesentlichen Aufgaben des Landgerichtsarztes sind:*

- 1. die Vornahme ärztlicher Untersuchungen und die Abgabe ärztlicher Gutachten in gerichtlichen Angelegenheiten, auf Ersuchen auswärtiger Justizbehörden insoweit, als es sich um Personen oder Sachen innerhalb des Landgerichtsbezirks handelt,*
- 2. die Beteiligung an der richterlichen und staatsanwaltschaftlichen Leichenschau und die Vornahme der richterlichen Leichenöffnung,*
- 3. die Ausstellung gerichtsärztlicher Zeugnisse, Gutachten und Bescheinigungen – in anderen als Rechtsangelegenheiten -, soweit die Ausstellung den Landgerichtsärzten besonders übertragen ist,*
- 4. die gesundheitliche Überwachung der Gerichtsgebäude, unbeschadet der allgemeinen Dienstaufgaben der Gesundheitsämter.*

In § 13 heißt es weiter:<sup>382</sup>

*Der Landgerichtsarzt hat dem Ersuchen eines Richters oder Staatsanwalts um Teilnahme an einer Leichenschau und dem Ersuchen eines Richters um Vornahme einer Leichenöffnung Folge zu leisten.*

### 3.2.11 1957: Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 20/1957

Im Bayerischen Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 20/1957 sind eine Reihe älterer Vorschriften zur Leichenschau aufgeführt:<sup>383</sup>

- a) die Oberpolizeilichen Vorschriften über die Leichenschau und die Zeit der Beerdigung betreffend vom 6. Dezember 1887 (GVBl. S. 690);*
- b) die Bekanntmachung, die Abänderung der Oberpolizeilichen Vorschrift über die Leichenschau und die Zeit der Beerdigung vom 20. November 1885 betreffend, vom 28. März 1907 (GVBl. S. 227);*
- c) die Verordnung über die Leichenschau vom 13. August 1920 (GVBl. S. 410);*
- d) die Verordnung über die Leichenschau vom 27. August 1921 (GVBl. S. 407);*
- e) die Verordnung über die Leichenschau vom 3. März 1924 (GVBl. S. 77);*
- f) die Verordnung über die Leichenschau und die Zeit der Beerdigung vom 16. Juli 1927 (GVBl. S. 270);*
- g) die Verordnung über die Leichenschau vom 3. Juli 1929 (GVBl. S. 85);*
- h) die Bekanntmachung über die Dienstanweisung für die Leichenschau vom 23. Mai 1936 (GVBl. S. 95);*
- i) die Verordnung über die Leichenschau vom 28. Januar 1952 (GVBl. S. 33);*

380 Verordnung über den gerichtsärztlichen Dienst. Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 25/1950, 213. Nach: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb00103059?q=Leichenschau&page=235>

381 Verordnung über den gerichtsärztlichen Dienst. Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 25/1950, 213. Nach: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb00103059?q=Leichenschau&page=235>

382 Verordnung über den gerichtsärztlichen Dienst. Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 25/1950, 214. Nach: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb00103059?q=Leichenschau&page=236>

383 Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 20/1957, 269. Nach: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb00103066?q=Leichenschau&page=285>



*k) die Bekanntmachung über die Form des Leichenschauscheines vom 20. September 1956 (GVBl. S 170);*

### **3.2.12 1964: Aufwandsentschädigung für eine ärztliche Leichenschau**

Die Aufwandsentschädigung einer ärztlichen Leichenschau wurde am 02.02.1964 auf 10 DM angehoben, für eine Leichenschau in einem Krankenhaus oder Pflegeheim auf 6 DM, für eine nichtärztliche Leichenschau auf 5 DM. Für jeden zurückgelegten km des Hin- und Rückweges erhielt ein ärztlicher Leichenschauer -, 60 DM und ein nichtärztlicher Leichenschauer -,40 DM.<sup>384</sup>

### **3.2.13 1970: Bestattungsgesetz (BestG), Bayern**

Im bayerischen Bestattungsgesetz vom 24.09.1970 heißt es in Artikel 2 zur Leichenschau:<sup>385</sup>

- (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) 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.*

### **3.2.14 1974: Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt**

Mit dem Bayerischen Gesetz- und Verordnungsblatt (1974) wurde mit einer Geldbuße belegt, wer „entgegen § 2 vor der Leichenschau eine Leiche einsargt oder in Räume bringt, die zur Aufbewahrung von Leichen bestimmt sind“.<sup>386</sup>

### **3.2.15 2024: Bestattungsgesetz (BestG), Bayern**

Im bayerischen Bestattungsgesetz vom 04.06.2024 heißt es in Artikel 2 zur Leichenschau:<sup>387</sup>

#### *Art. 2 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) 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.*

Weiter heißt es in Artikel 3:

384 Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Entschädigung der Leichenschauer (04.02.1964) In: Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 2/1964, 17. Nach:

<https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb00103073?q=Leichenschau&page=37>

385 Artikel 2 Bestattungsgesetz (Bayern) vom 24.09.1970. Nach:

<https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb00103079?q=Leichenschau&page=459>

386 Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 29/1974, 803. Nach:

<https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb00103083?q=Leichenschau&page=849>

387 Bestattungsgesetz (Bayern) vom 04.06.2024. Nach:

<https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayBestG/true>



### *Art. 3 Betretungs- und Auskunftsrecht*

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

In Artikel 18 heißt es zu den Ordnungswidrigkeiten in Punkt 7:

*(1) Mit Geldbuße kann belegt werden, wer*

*7. entgegen Art. 3 und 14 Abs. 3 Grundstücke, Räume und bewegliche Sachen nicht betreten läßt oder nicht zugänglich macht, die erforderlichen Auskünfte nicht oder unrichtig erteilt oder Unterlagen nicht vorlegt,*

Klare Handlungsanweisungen enthält § 15 Absatz 5 des saarländischen BestG für den Fall, dass dem Arzt der Zugang zum Leichnam verweigert wird:

*Die/Der zur Leichenschau zugezogene Ärztin/Arzt ist berechtigt, zu diesem Zweck jederzeit den Ort zu betreten, an dem die Leiche sich befindet, und dort die Leichenschau vorzunehmen. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt. Wird das Betreten des Ortes verwehrt oder wird die Ärztin/der Arzt an der Vornahme der Leichenschau gehindert oder dabei behindert, so hat sie/er die Ortspolizeibehörde zu verständigen, sofern nicht unmittelbar die Hilfe einer Polizeidienststelle in Anspruch genommen wird.*

Dies zeigt, wie wichtig dem Gesetzgeber eine sofortige Durchführung einer Todesfeststellung (Leichenschau) ist. Es kann daher kein Angehöriger die Durchführung einer HTD verhindern. Es muss kein Arzt für die Durchführung einer HTD die Angehörigen um Erlaubnis bitten. Es kann auch niemand zu Lebzeiten verbieten, dass an ihm keine HTD durchgeführt werden darf. Im Gegenteil: Der Arzt handelt in gesetzlichem Auftrag, wenn er die HTD durchführt, denn die HTD ist eine Form der Leichenschau. Hierbei darf der Arzt nicht gehindert werden.

### 3.3 Sichere Todeszeichen

Wenn der Arzt den Tod eines Menschen festgestellt hat, füllt er eine Todesbescheinigung aus. Darauf gibt er u.a. an, anhand welcher sicheren Todeszeichen er den Tod festgestellt hat. 13 Bundesländer geben die 6 in Frage kommenden sicheren Todeszeichen im Vordruck der Todesbescheinigung zum Ankreuzen an. Nur in Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und in Thüringen muss der Arzt dies schriftlich angeben.

Blatt 1: Gesundheitsamt		Todesbescheinigung – Vertraulicher Teil 1 – (gelb)	
Personalangaben BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN			
Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet, Sterberegisternummer
PLZ, Wohnort			Beurkundung zurückgestellt, Nummer
Geburtsdatum	Tag Monat Jahr	Geburtsort	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt		
Sterbezeitpunkt	Tag Monat Jahr	Stunden Minuten	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten
Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar		Auffindungszeitpunkt	Tag Monat Jahr Stunden Minuten
Noch gelebt/zuletzt lebend gesehen		Tag Monat Jahr	Stunden Minuten
Kategorie Sterbeort	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Stat. Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Stat. Hospiz <input type="checkbox"/> Einrichtung der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> Amtl. Gewahrsam <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Angabe Station <input type="checkbox"/> Sonstiges		
Todesart	<input type="checkbox"/> Natürlicher Tod <input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt <input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod		
Sichere Zeichen des Todes		Reanimationsbehandlung	
<input type="checkbox"/> Totenstarre <input type="checkbox"/> Totenflecke <input type="checkbox"/> Fäulnis <input type="checkbox"/> Verletzungen, nicht mit dem Leben vereinbar <input type="checkbox"/> Hirntod (nur klinisch)		Reanimation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Zuletzt behandelnde/r Ärztin/Arzt			
Behandelnde/r Ärztin/Arzt oder behandelndes Krankenhaus: Name und Ort			

Bayern (2025)

Die o.g. 13 Bundesländer bringen mit ihrem Vordruck der Todesbescheinigung deutlich zum Ausdruck, dass die HTD nicht nur einfach eine Untersuchung ist, so wie eine Röntgen- oder Ultraschall-Untersuchung, sondern die Durchführung der im BestG festgeschriebene Leichenschau. Diese 13 Bundesländer bekunden damit auch, dass der Hirntod nicht nur ein medizinischer Zustand ist, wie z.B. die festgestellte Schwangerschaft, sondern der festgestellte Hirntod ein sicheres Zeichen des Todes ist. Daher ist mit der Feststellung des Hirntodes der Tod des Menschen festgestellt.

Daher heißt es auf Seite 2 des Protokollbogens der HTD (2022) abschließend:

#### 5. Feststellung des Todes

(auszufüllen nur nach dem letzten und abschließenden Untersuchungsgang; ersetzt nicht die amtliche Todesbescheinigung (Leichenschauschein)):

Hiermit wird bestätigt, dass obige Feststellungen und Befunde/Befundberichte bei mindestens 4 klinischen Untersuchungen (je 2 beim ersten und je 2 beim zweiten Untersuchungsgang) und die Befunde/Befundberichte der ergänzenden Untersuchungen mit denen von Protokollbogen Nr. \_\_\_\_\_ übereinstimmen und den irreversiblen Hirnfunktionsausfall als sicheres Todeszeichen belegen.

Damit ist der Tod des Patienten festgestellt am: \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr.

\_\_\_\_\_  
Name (Druckschrift)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name (Druckschrift)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## 3.4 Zeitliche Vorgaben

### Gesetzliche Vorgaben

In § 3 der bayerischen Bestattungsverordnung vom 10.06.2024 heißt es:<sup>388</sup>

*(1) Der zur Leichenschau zugezogene Arzt hat die Leichenschau unverzüglich und sorgfältig vorzunehmen und darüber eine Todesbescheinigung auszustellen.*

In 11 weiteren Bundesländern ist nach dem BestG vom Arzt die Leichenschau „unverzüglich“ durchzuführen. In keinem dieser BestG ist genauer erklärt oder definiert, was unter „unverzüglich“ zu verstehen ist. In den BestG von Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Berlin sind hierbei konkrete Stunden angegeben: In Bremen und Hamburg muss die Leichenschau binnen 6 Stunden nach Todeseintritt erfolgen, in Mecklenburg-Vorpommern binnen 8 Stunden und in Berlin binnen 12 Stunden.<sup>389</sup>

### Gerichtliches Beispiel

Am 29.09.2023 wurde in Weiden an einer Patientin der Hirntod festgestellt. Ihr Ehemann und ihr Sohn wandten sich an das Amtsgericht, weil sich die Hirntote noch bewegte. Die Richterin verfügte aufgrund „nicht zu beseitigende Zweifel“ die Fortsetzung der intensivmedizinischen Behandlung. Die Anträge des Ehemannes hinsichtlich der Aufhebung des Totenscheins vom 29.09.2023 und der Ungültigerklärung der Hirntodfeststellung wurde nicht entsprochen. Der Antrag der Klinik, die weiteren Kosten der Behandlung bis zur rechtskräftigen Entscheidung der Familie aufzuerlegen, wurde ebenso von der Richterin zurückzuweisen. Die HTD konnte „im Rahmen eines einstweiligen Verfügungsverfahrens nicht gutachterlich überprüft werden.“<sup>390</sup>

Das AG Weiden bemühte sich nicht weiter um Klärung des Sachverhalts. Um die Kosten der fortgesetzten intensivmedizinischen Behandlung nicht ins Uferlose ansteigen zu lassen, ließ die Klinik von einem namhaften externen Neurologen die HTD wiederholen. Er bestätigte den Hirntod. Damit erhob die Klinik Einspruch beim Landgericht Weiden. Dieses erkannte am 21.11.2023 das Gutachten nicht an, weil es nicht vom LG Weiden in Auftrag gegeben wurde. Zudem konnten die Zweifel nicht restlos ausgeräumt werden.<sup>391</sup>

Hierauf beauftragte das LG Weiden eine Neurologin mit der Durchführung der HTD. Diese führte die HTD am 20.12.2023 durch. Sie stellte fest, dass die Patientin schon seit langem hirntot ist. Stunden später traf man sich im LG Weiden. Es wurden beide Seiten angehört. Die Entscheidung sollte jedoch erst am 12.01.2024 erfolgen. An diesem Tag blieb das Herz der Patientin für immer stehen, 106 Tage nach der Feststellung des Hirntods.<sup>392</sup>

### Zusammenfassung

Am 29.09.2023 wurde erstmals an der Patientin der Hirntod festgestellt. Vom AG Weiden erging zwar eine Anordnung zur Fortsetzung der intensivmedizinischen Behandlung, aber keine gerichtlich angeordnete HTD. Erst das LG Weiden gab diese in Auftrag. Sie wurde am 20.12.2023 durchgeführt, 82 Tage nach der ersten HTD.

---

388 Bestattungsverordnung, Bayern, vom 10.06.2024. Nach:

<https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayBestV/true>

389 Klaus Schäfer: Todesfeststellung und das Recht. Regensburg 2026, 98.

390 AG Weiden(13.10.2023) 3 C 583/23 Nach: <https://openjur.de/u/2503746.html>

391 LG Weiden (21.11.2023) 22 S 36/23 Nach: <https://openjur.de/u/2504005.html>

392 Ascherl, Christine: 106 Tage nach Hirntodfeststellung: Patientin (58) stirbt im Klinikum. In: Oberpfalz Echo (14..01.2024)

Nimmt man für das „unverzüglich“ in der bayerischen Bestattungsverordnung die Berliner Zeitangabe von 12 Stunden, binnen derer die Todesfeststellung durchzuführen ist, liegen die Weidener Gerichte um den Faktor 162 darüber. Nimmt man die 6 Stunden von Bremen und Hamburg, binnen derer die Todesfeststellung zu erfolgen hat, liegen die Weidener Richter um den Faktor 324 darüber. - Dabei sind die 23 Tage bis zum 12.01.2024, an dem das LG Weiden die Entscheidung hätte fällen wollen, unberücksichtigt.

## Beurteilung

Weder das AG noch das LG Weiden scheint diesen Rechtsstreit im Zusammenhang einer Todesfeststellung nach dem BestG und der BestV gesehen zu haben, denn sie haben sich nicht binnen Stunden um eine Klärung der Frage, ob die Frau hirntot ist oder nicht, durch einen Neurologen oder Neurochirurgen<sup>393</sup> gekümmert. Sie ließen dabei nicht nur Tage und Wochen verstreichen, sondern Monate.

Das LG Weiden ließ in seinem abschließenden Urteil vom 19.01.2024 (Az. 13 O 427/23) offen, ob die Hirntodfeststellung vom 21.10.2023 angesichts der fehlenden Einwilligung und Schweigepflichtsentbindung „rechtswidrig erfolgte“.<sup>394</sup> Dies belegt dass das LG Weiden den Sachverhalt nicht im Zusammenhang mit dem BestG sah oder Artikel 3 BestG nicht kannten, nach dem der Arzt der Zugang zum Toten zur Durchführung der Leichenschau – hierbei durch die HTD – zu gewähren ist. Eine Verweigerung erfüllt den Tatbestand einer Ordnungswidrigkeit.

Statt sich bei diesem Rechtsstreit mit dem BestG und der BestV zu beschäftigen, stellte das AG Weiden fest: „Der genaue Zeitpunkt des Todes ist gesetzlich nicht definiert.“ Es verwies auch darauf, dass das Hirntodkonzept „vollständig in Frage gestellt“ wird. Es bestätigt, „dass die Feststellung des Hirntods in der Richtlinie entweder durch EEG oder Ultraschall (Ziffer 8 Anmerkung 1) erfolgen kann.“ Es wurde „der Antrag auf Durchführung einer weiteren Ultraschalluntersuchung des Gehirns der Verfügungsklägerin mittels unabhängigen gerichtsbeauftragten Gutachters“ zurückgewiesen. „Zudem dient die Ultraschalluntersuchung nicht der Lebenserhaltung.“ Es hätte aber den Hirntod nachweisen können.

Das LG Weiden stieg am 21.11.2023 noch tiefer in die HTD ein. Durch den großen zeitlichen Abstand zur 1. HTD am 29.09.2023 „wandle sich das tote Gehirn, es werde gallertartig und schrumpfe. Dies bedeute, dass durch den Zerfall des Gehirns eine Druckentweichung vorliege.“ Es wurde von „Dekompressions-Kraniektomien, als Folge einer Hypoxie oder bei offenen Fontanelle“ berichtet. Statt dessen ließ es mit Artikel 3 Absatz 1 BestG leicht zu beantwortende Frage offen, ob die am 21.10.2023 durchgeführte Hirntodfeststellung angesichts der fehlenden Einwilligung und Schweigepflichtsentbindung „rechtswidrig erfolgte“.

Es ist zu wünschen, dass Gerichte die bestehenden Gesetze besser kennen und diese anwenden, statt sich mit Details der HTD zu kümmern.

---

393 Seit dem Jahr 2015 muss einer der beiden untersuchenden Ärzte ein Neurologe oder Neurochirurg sein.

394 „Es kann daher offen bleiben, ob die Hirntodfeststellung vom 21.10.2023 angesichts der fehlenden Einwilligung und Schweigepflichtsentbindung durch den Vorsorgebevollmächtigten der Verfügungsklägerin rechtswidrig erfolgte.“





Noch älter sind die Überlegungen von Moses Maimonides, der um das Jahr 1200 sich über die Deutung der Zuckungen von Enthaupteten Gedanken machte:<sup>403</sup>

*Dass nicht mehr am Leben sein gleichbedeutend damit ist, dass die Hirnfunktionen unumkehrbar erloschen sind, vermutete als Erster wahrscheinlich der jüdische Arzt und Philosoph Moses Maimonides im 12. Jahrhundert bei der Beobachtung von Enthaupteten. Deren krampfhaftige Zuckungen seien nicht als Lebenszeichen zu werten, da nichts daran auf das Vorliegen einer zentralen Kontrolle hinweise.*

Dass es vorkommen kann, „dass der Körper der Enthaupteten noch einige Sekunden zuckt“, nennt Mueller **1940** in einem gerichtsmedizinischen Fachbuch.<sup>404</sup>

Marielene Putscher verweist hierzu auf eine Dissertation von J.C. Glaser (**1683**):<sup>405</sup>

*In einer Dissertation wird auf das Phänomen hingewiesen, daß selbst ein Enthaupteter noch den Fuß bewegt, wenn man die Sohle mit einer Nadel berührt (vgl. J. C. Glaser, De spiritu hominis vitali, med. Diss. Leipzig 1683, Abschnitt I § 18). Aber damit, daß eine Erscheinung bekannt ist, ist sie noch nicht gedeutet. Der höchste Funktionskreis, Hören und Sprechen (heute fast als ein bedingter Reflex gedeutet), das somatisch Komplizierteste ist das psychisch Nächstliegende.*

Bichat stellte **1800** einen beachtlichen Unterschied in der Dauer des Herzschlags bei „enthirnten“ Warm- und Kaltblütlern fest:<sup>406</sup>

*Bei Kaltblütern, insbesondere Reptilien, folgt der Herztod nicht so rasch auf den Hirntod wie bei Warmblütern. Bei Fröschen und Salamandern schlägt das Herz nach der Enthirnung der Tiere noch sehr lange Zeit weiter. Ich habe mich davon durch viele Experimente überzeugt.*

Dieses Wissen über den Sterbeprozess des Körpers lag bereits im 19. Jh. vor. So schreiben im Jahr **1830** Friedrich Ludwig Meissner und Carl Christian Schmid in ihrer Enzyklopädie:<sup>407</sup>

*Wenn also bei der Asphyxie der Tod nicht plötzlich alle Theile trifft, und wenn immer gewisse Functionen zuerst unterdrückt werden, so erklärt sich dies dadurch, dass das venöse Blut nur allmählig zu den verschiedenen Organen gelangt, und dass diese Organe ausserdem nicht alle den nämlichen Grad von Empfänglichkeit besitzen.*

Gerade dieser „Grad von Empfänglichkeit“ zeugt von einem sehr guten Verständnis über den Sterbeprozess des Körpers, der zeitlich über den Tod des Individuums hinaus geht.

402 Erhard Oeser: Geschichte der Hirnforschung. Von der Antike bis zur Gegenwart. 2. Auflage. Darmstadt 2010, 90.

403 Michael de Ridder: Wie wollen wir sterben? Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin. München 2011, 58.

404 F.v. Neureiter, F. Pietrusky, E. Schütt (Hg.): Handwörterbuch der gerichtlichen Medizin und naturwissenschaftlichen Kriminalistik. Berlin 1940, 346.

405 J. C. Glaser, De spiritu hominis vitali, med. Diss. Leipzig 1683, Abschnitt I § 18. Nach: Marielene Putscher: Geschichte der medizinischen Abbildung. Von 1600 bis zur Gegenwart. 2. Auflage. München 1972, 195.

406 Xavier Bichat: Physiologische Untersuchungen über den Tod. Leipzig 1912, 115.

407 Friedrich Ludwig Meissner, Carl Christian Schmidt: Encyclopädie der medicinischen Wissenschaften nach dem Dictionnaire de Médecine frei bearbeitet und mit nöthigen Zusätzen versehen. Leipzig 1830–1834. 13 Bände. Bd. 2 (1830), 44. Nach: [https://books.google.de/books?id=HwQHAAACAAJ&printsec=frontcover&hl=de&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.de/books?id=HwQHAAACAAJ&printsec=frontcover&hl=de&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

Carl Christian Schmidt schrieb im Jahr **1842** in seiner „Encyklopädie der gesamten Medicin“:<sup>408</sup>

*Der Tod trifft den ganzen Organismus auf Einmal in dem Momente, wo die bewusste Gehirnthatigkeit nicht nur akut, sondern auch potentia schwindet. Mit dem Tode des Individuum sind aber die organischen Bestandtheile des Körpers noch nicht der unbeschränkten Herrschaft der äusseren Einflüsse verfallen; sie zeigen, die einen mehr, die anderen weniger deutlich, noch eine Zeit lang Erscheinungen, wie sie nur in den belebten Theilen vorkommen. Die Muskeln z.B. reagieren noch auf den galvanischen Reiz, es macht sich in ihnen der Tonus geltend, und es entsteht die Todtenstarre (...); der schwangere Uterus contrahirt sich wohl noch wehenartig, selbst bis zum Austreiben der Frucht;*

Damit ist belegt, dass auch tote Schwangere noch in der Lage sind, ein Kind zu gebären. Ob dieses lebend geboren werden konnte, ist nicht beschrieben. Damit wackelt zumindest ein häufig genanntes Argument der Kritiker des Hirntodkonzeptes (Hirntod = Tod des Menschen), dass Tote keine lebende Kinder gebären könnten. Bezeichnend ist auch, dass hier bereits vom „Tod des Individuums“ geschrieben wurde, was zum Begriff „Individualtod“ führt.

Die hierbei genannte Supravitalität (Leben nach dem Individualtod) der Muskeln stand damals nicht im Widerspruch, dass das Individuum (hier der Mensch) bereits tot ist.

Jakob Schem schrieb im Jahr **1873** über den Tod:<sup>409</sup>

*Tod (mors) nennt man das Ende des individuellen Lebens, welches hervorgerufen wird durch das Aufhören des normalen Stoffwechsels und des auf demselben beruhenden Lebensprocesses. ... Diejenigen Organe, welche als Lebenscentren den übrigen die für das Leben nothwendigen Bedürfnisse zuführen, bringen, wenn sie verletzt werden, daher auch am schnellsten den T. herbei. Es sind dieses die Lungen, das Herz und das Gehirn. ... Das Absterben der einzelnen Körpertheile erfolgt beim T. nicht plötzlich, sondern allmähig, selbst nicht bei einem plötzlichen T. (Schlagfluß, Gewaltthatigkeit), obwohl in diesem Falle das Absterben der einzelnen Organe oft außerordentlich schnell aufeinander folgt.*

Mit der Nennung von Lunge, Herz und Gehirn – den Eintrittspforten des Todes - ist eine Brücke zu Galen von Pergamon und Xavier Bichat hergestellt.

Kirchner und Michaelis bekannten im Jahr **1890**, nichts Genaues über den Tod zu wissen:<sup>410</sup>

*Tod ist das Aufhören des Stoffwechsels und der organischen Thätigkeit. ... Worin das Sterben eigentlich bestehe, wissen wir nicht; begleitet wird es durch das Aufhören der organischen Funktionen des Herzens, der Lungen, des Gehirns. Demnach bezeichnet man den Tod entweder als Kynkope (Herzlähmung) oder als Asphyxie (Erstickung) oder Apoplexie (Hirnlähmung).*

Im Meyers „Großen Konversations-Lexikon“ des Jahres **1908** heißt es über den Tod<sup>411</sup>

*Tod, der endgültige Stillstand des Lebensprozesses und das Aufhören der äußerlich wahrnehmbaren Lebenserscheinungen. Gewöhnlich betrachtet man als den Moment des Todes denjenigen, in dem die Atmung sistiert. Doch lehrt die tiefere Betrachtung, daß T. und*

408 Carl Christian Schmidt: Encyklopädie der gesamten Medicin, Leipzig 1841-1842. 6 Bände sowie einen Supplementsband (1843). Bd. 6 (1842), 218. Nach: <https://books.google.de/books?id=8BpAAAAcAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>

409 Alexander Jacob Schem: Deutsch-amerikanisches Conversations-Lexicon. Mit specieller Rücksicht auf das Bedürfniß der in Amerika lebenden Deutschen. New York 1869-1874. 11 Bände. Bd. 10 (1873), 765. Nach: [https://books.google.de/books?id=2\\_IhAQAAIAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false](https://books.google.de/books?id=2_IhAQAAIAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false)

410 Friedrich Kirchner, Carl Michaelis: Wörterbuch der Philosophischen Grundbegriffe. 2. Aufl. Heidelberg 1890, 449. Nach: <https://ia802205.us.archive.org/34/items/wrterbuchderphi00kircgoog/wrterbuchderphi00kircgoog.pdf>

411 Meyers Großes Konversations-Lexikon. Ein Nachschlagewerk des allgemeinen Wissens. Leipzig und Wien 1902-1908, 20 Bände. Bd. 19. (1908), 584. Nach: [http://woerterbuchnetz.de/cgi-bin/WBNetz/wbgui\\_py?sigle=Meyers&mode=Vernetzung&lemid=IL02134#XIL02134](http://woerterbuchnetz.de/cgi-bin/WBNetz/wbgui_py?sigle=Meyers&mode=Vernetzung&lemid=IL02134#XIL02134)

*Leben durch eine so scharfe Grenze voneinander nicht geschieden sind: die Herzschläge können den letzten Atemzug überdauern, die Muskeln noch lange erregbar für künstliche Reize bleiben, und auch andre Organe, wie z. B. der Darm, können während einer gewissen Zeit Lebenserscheinungen zeigen.*

Joh. Christ. Reil schrieb 1910 „Von der Lebenskraft“.<sup>412</sup>

*Enthauptete Tiere verrichten noch viele Bewegungen, einige begatten sich sogar noch nach der Enthauptung.*

Otto Loewi entdeckte 1924 in einem der klassischen Experimente der Neurobiologie das Acetylcholin. Damit klärte er die Frage, ob die synaptische Übertragung vom Vagusnerven zum Herzmuskel (und zu anderen Synapsen) elektrischer oder chemischer Natur ist. Der Vagusnerv ist einer der größeren Nerven, die das Herz kontrollieren. Aus einem Frosch kann man ihn und das Herz herauspräparieren und in einem Schälchen mit so genannter Ringerlösung am Leben halten. Loewi reizte den Vagus eines in Ringerlösung überführten Herzens viele Male und löste jedes Mal eine Senkung der Herzfrequenz aus. Anschließend entnahm er dem Schälchen mit dem stimulierten Herzen etwas Lösung und gab sie in eine andere Schale mit einem zweiten Froschherzen. Auch dieses Herz schlug daraufhin langsamer. Dieses einfache Experiment bewies, dass die synaptische Übertragung chemisch abläuft. Loewi nannte die unbekannte Substanz „Vagusstoff“; bald darauf wurde sie als Acetylcholin identifiziert.<sup>413</sup>

In „Ergebnisse der Physiologie“ (1926) schreibt Ernst Mangold über die Totenstarre:<sup>414</sup>

*Denn die Totenstarre wird von niemand als eine Absterbeerscheinung in dem Sinne aufgefasst, dass der Muskel nach ihrer Vollendung physiologisch tot sein müsste, sie ist vielmehr, wie wir bereits hervorhoben, eine postmortale Lebenserscheinung, nach deren Ablauf auch noch weitere Äusserungen der Lebensfunktionen möglich erscheinen. So habe ich für den Skelettmuskel auch der Warmblüter bereits 1902 gezeigt, dass auch, wenn die allgemeine Totenstarre auf ihrem Höhepunkte oder selbst schon abgeklungen erscheint, noch elektrische Erregbarkeit bestehen kann.*

Im „Handwörterbuch der gerichtlichen Medizin und naturwissenschaftlichen Kriminalistik“ (1940) werden verschiedene Experimente mit Fröschen beschrieben, die das intermediäre Leben nach dem Individualtod beschreiben:<sup>415</sup>

*Man kann auch dem Frosch vorher Gehirn und Rückenmark zerstören. Auf diese Weise erhält man einen Reflexfrosch, an dem die Reaktion mit Strychnin genau so gut, wenn nicht besser, wie am intakten Frosch, auszuführen ist. Auch andere Alkaloide, z.B. Brucin, rufen diese Reaktion hervor, jedoch erst in viel größeren Mengen.*

Im „Lexikon der Medizin“ (1963) wird ein isoliert schlagendes Froschherz beschrieben:<sup>416</sup>

*Ein von einer Nährlösung durchströmtes Froschherz kann bis zu 10 Tagen am Leben erhalten werden. Das von Carrel beobachtete Hühnerherz hat viele Jahre geschlagen. - Der Tod tritt nicht plötzlich ein; zuerst sterben Gehirn und Nervenzellen ab, am spätesten setzt das Herz aus.*

Gleiches ist in der Ausgabe von 1972 beschrieben.<sup>417</sup>

412 Joh. Christ. Reil: Von der Lebenskraft. Leipzig 1910, 33.

413 Richard Thompson: Das Gehirn. Von der Nervenzelle zur Verhaltenssteuerung. 3. Auflage. Heidelberg, 2001, 122.

414 L. Asher, K. Spiro (Hg.): Ergebnisse der Physiologie. 25. Band. München 1926, 65.

415 F. v. Neureiter, F. Pietrusky, E. Schütt: Handwörterbuch der gerichtlichen Medizin und naturwissenschaftlichen Kriminalistik. Berlin 1940, 297.

416 Ullstein: Lexikon der Medizin. Frankfurt 1963, 201.

417 Ullstein: Lexikon der Medizin. Frankfurt 1972, 201.

Im „Lexikon Medizin Ethik Recht“ (1989) heißt es zu Tierversuchen:<sup>418</sup>

*Demonstrationen an Tieren zu Unterrichtszwecken scheinen in Anbetracht der hohen Studentenzahlen nur dort sinnvoll, wo in Praktika in kleinen Gruppen experimentiert wird. Elementare Lebensprozesse, wie z.B. Reiz und Erregung oder die Beeinflussung des Herzschlags, lassen sich an niederen Tieren (z.B. Fröschen) gut demonstrieren, wobei die Tiere sogar tot sind und nur ihre Organe überleben.*

In „Intensivmedizin“ (2014) wird beschrieben man, wie über Versuchen mit Froschherzen zur Ringer-Lösung kam:<sup>419</sup>

*Die als „normal saline“ bzw. „physiologische Kochsalzlösung“ bezeichnete 0,9 %ige NaCl-Lösung geht auf den holländischen Physiologen Hartog Jacob Hamburger zurück, der 1885 nachwies, dass sie für Erythrozyten von Säugetieren isotonisch ist. Sydney Ringer (1883) beobachtete, dass isolierte Froschherzen länger schlugen, wenn man der NaCl-Lösung Kalium- und Kalziumchlorid hinzufügte. Der Kinderarzt Alexis Hartmann (1934) setzte Laktat hinzu (Ringer-Laktat), um einen säureneutralisierenden Effekt zu erzielen.*

---

418 Albin Eser, Markus von Lutterotti, Paul Sporken (Hg.): Lexikon Medizin Ethik Recht. Freiburg 1989, Sp. 1162.

419 Hugo Van Aken, Konrad Renhart, Tobias Welte, Markus Weigand (Hg.): Intensivmedizin, 2. Auflage. Stuttgart 2014, 327.

## 4.2 Todeszeitpunkt

Im „Reallexikon der Medizin“ (1977), Band H-L, heißt es zum „Hirntod“:<sup>420</sup>

*Hirntod, zentraler, zerebraler Tod: der Organtod des Gehirns, der für die Bestimmung des Todeszeitpunktes eine bes. Rolle spielt (da künstl. Beatmung u. Wiederbelebung zum dissoziierten Tod führen können). Übereinstimmend (Mediziner, Juristen, Theologen) wird heute der Individualtod mit Eintritt des H. angenommen, selbst wenn Funktionen von Kreislauf u./oder Atmung künstlich aufrechterhalten werden.*

Im „Reallexikon der Medizin“ (1977), Band S-Z, heißt es zu „supravitale Reaktion“:<sup>421</sup>

*supravitale Reaktion: forens die nach dem Individualtod (s. Hirntod) noch festzustellenden Reaktionen der überlebenden Zellen einiger Gewebe, von denen insbes. die muskulären für die genauere Todeszeit-Bestg. wichtig sind (s. Tab.); Pupillen reagieren auf Para- u. Sympathikomimetika bis ca. 11 Std., Schweißdrüsen auf Adrenalin (s.c.) bis zu 30 Std. p.m.; ferner bestehen Herztätigkeit (mit heterotoper Reizbildung) bis ca. 30 Min., Gerinnungsfähigkeit des Blutes bis zu 12 Std., Flimmertätigkeit des Tracheaepithels bis zu 48 Std.,*

Im „Reallexikon der Medizin“ (1977), Band S-Z, heißt es zu „Todeszeitbestimmung“:<sup>422</sup>

*Todeszeitbestimmung: forens Bestg. des Zeitpunktes des Ablebens einer tot aufgefundenen Person (zu dessen Angabe der Arzt bei Ausfüllen des Leichenschaucheins verpflichtet ist), s. Tab.; stützt sich in einschläg. Fällen (Selbstmord, Tötung durch dritte Hand) auch auf polizeil. Ermittlungen u. spez. gerichtsmed. Untersuchungen (z.B. Art u. Zustand des Magen-Darminhalts; s.a. supravitale Reaktion). e: determination of the time of death; f: determination (f.) du moment du deces.*

Leichenveränderung (Zeitfolge) (n. G. Hansen)

Unsichere Todeszeichen

Trübung der Kornea ca. 1 Std.

bei offenem Auge ca. 1 Std.

bei geschlossenem Auge ca. 24 Std.

spürbare Abkühlung

unbedeckter Körperteile ca. 1-2 Std.

bedeckter Körperteile ca. 4-5 Std.

Leichenerscheinungen

Totenflecke

an abhäng. Partien ab ca. 30 Min.

am übr. Körper ca. 1 Std.

deutlich konfluierend ca. 2 Std.

voll ausgeprägt u. konfluiert ca. 4 Std.

wegdrückbar (Fingerdruck) bis 10 Std.

nicht wegdrückbar > 12 Std.

bei Umlagerung wandernd bis 4 Std.

bei Umlagerung unvollständig wandernd 6-12 Std.

Totenstarre

am Kiefergelenk ca. 2-3 Std.

am ganzen Körper ca. 8-10 Std.

nach gewaltsamer Lösung wiederauftretend ca. 7-8 Std.

Beginn der spontanen Lösung ca. 2 Tage

420 Reallexikon der Medizin. Band H-L. München 1977, H 209.

421 Reallexikon der Medizin. Band S-Z. München 1977, S 401.

422 Reallexikon der Medizin. Band S-Z. München 1977, T 79.



vollständ. Lösung	ca.3-4 Tage
Leichenzersetzung u. -zerstörung	
Fäulnisvenenzeichnung,	
grüne Bauchdecken	ca.2 Tage
vollständ. Mumifikation	mind.1J.
Fettwachsbildung teilweise	mind. 6 Mon.
Fettwachsbildung vollständig	mind.1J.
Auflösg. der Weichteile	im Freien 1J. in Erde 4-5 J.
Auflösg. von Knorpel, Sehnen, Bändern	“ 2-3 J. “ 5-7 J.
Knochen fetthaltig, schwer	“ 2-3 J. “ 5-10 J.
Knochen leicht, beginn. Verwitterung	“ 5-10 J. “+ 10-15 J.
Fliegeneier an Gesichtsoffnungen	wenige Std.
lebende Maden	ca.24 Std.
lebende Maden massenhaft,	
Fraßspuren an Haut	1/2=1 Wo.
Puppen	1+2 Wo.
leere Puppenhüllen	2-3 Wo.
Wasserleichen	
»Waschhaut« an Fingerbeeren beginnend	5-6 Std.
vollständig	ca.24 Std.
»Waschhaut« an Hohlhand	2-3 Tage
»Waschhaut« an Handrücken	5-6 Tage
Ablösung der Waschhaut an Finger u. Hohlhand	ca. 1 Wo.
einschl. Fingernägeln u. Handrücken	ca.2 Wo.
insgesamt abstreifbar	ca.3 Wo.
Gesicht u. Hals schmutzig-blau	ca.2 Tage
Gesicht u. Hals schmutzig-grünl.	ca.2 Wo.
Brust v. Bauch grünl.-schwarz	ca.4 Wo.
Gesicht u. Körper gedunsen, Haut u. Haare ablösbar	ca.5 Wo.
Fettwachsbildung	4-6 Mon.
Fettwachsbildung an der ganzen Leiche	ca.12 Mon.

Im „Reallexikon der Medizin“ (1977), Band S-Z, heißt es zu „Totenflecke“:<sup>423</sup>

*Totenflecke, Leichenflecke, Livores mortis: forens die etwa 1 Std. post mortem (evtl. bereits agonal) an abhäng. Körperpartien auftretenden rötlich-zyanot. Flecken, bedingt durch venöse Hypostasen (dann noch wegdrückbar) bzw. — nach etwa 24 Std. - durch diffuse Hb-Durchtränkung der hypostat. Gewebe (dann irreversibel); s.a. Tab. »Todeszeitbestg.«. - Intravitale T.: s.u. Leichenflecke.*

<sup>423</sup> Reallexikon der Medizin. Band S-Z. München 1977, T 89.

Im „Reallexikon der Medizin“ (1977), Band S-Z, heißt es zu „Totenflecke“:<sup>424</sup>

*Totenstarre, Leichenstarre: forens die durch Anhäufung saurer Metaboliten (u.a. Milchsäure) postmortal eintretende Erstarrung der Muskeln; beschleunigt in schlanken (z.B. bei Marasmus) u. in kurz ante finem beanspruchten Muskeln sowie in der Wärme. Nach der NYSTEN Regel im Kopfbereich (Lider nach 1-2, Kaumuskeln n. 2-4 Std.) u. an kleinen Gelenken beginnend, nach abwärts fortschreitend u. sich später in der gleichen Reihenfolge wieder lösend (48-96 Std.); Vollentwicklung im allg. nach 5-8 (6-18) Std.; forensisch bedeutsam das 8-9 Std. post mortem mögl. künstl. Brechen der Starre mit nachfolgendem Wiedererstarren. — s.a. Tab. »Todeszeitbestimmung«; supravitale Reaktion.*

Im „Handlexikon der Medizin“ (1980), Band L-Z., heißt es unter „Todeszeichen“:<sup>425</sup>

*Todeszeitbestimmung beim tot Aufgefundenen richtet sich nach u.a. äußerl. Verändergn. (f Tab. S.2453), stützt sich in einschläg. Fällen (Selbstmord, Tötung durch dritte Hand) auch auf polizeil. Ermittlungen u. spez. gerichtsmed. Untersuchgn. (z.B. des Magen-Darminhalts; s.a. supravitale Reaktion).*

---

424 Reallexikon der Medizin. Band S-Z. München 1977, T 90.

425 Reallexikon der Medizin. Band S-Z. München 1977, 2454.

## 4.3 Intermediäres Leben / Supravitalität

Im „Reallexikon der Medizin“ (1977), Band S-Z, heißt es zu „supravital“:<sup>426</sup>

*überlebend, über den Tod hinaus; z.B. adj. Bez. für die nach Lösen aus einem Organismus oder Zellverband noch lebende Zelle, deren mikroskop. »Supravitalbild« sich von dem nach Fixierung vielfach -unterscheidet (Fehlen der Nukleolenmembran, sehr zarte Kernmembran etc.).*

Im gleichen Lexikon heißt es zu „supravitale Reaktion“:<sup>427</sup>

*forens die nach dem Individualtod (s. Hirntod) noch festzustellenden Reaktionen der überlebenden Zellen einiger Gewebe, von denen insbes. die muskulären für die genauere Todeszeit-Bestg. wichtig sind (s. Tab.); Pupillen reagieren auf Para- u. Sympathikomimetika bis ca. 11 Std., Schweißdrüsen auf Adrenalin (s.c.) bis zu 30 Std. p.m.; ferner bestehen Herztätigkeit (mit heterotoper Reizbildung) bis ca. 30 Min., Gerinnungsfähigkeit des Blutes bis zu 12 Std., Flimmertätigkeit des Tracheaepithels bis zu 48 Std.,*

Im „Handlexikon der Medizin“ (1980) Band L-Z heißt es zu den „Lebenszeichen“:<sup>428</sup>

*Lebenszeichen: die eine Vita minima beweisenden bzw. den scheinbar eingetretenen Tod widerlegenden Sympte., z.B. vorhandene Atmung (Beschlagen des vor Mund u. Nase gebrachten Spiegels, Seifenschaumbewegung), Abwehrbewegungen, Rötung u. Blasenbildung der Haut bei starker Reizung (z. B. mit heißem Siegelack), Aufleuchten der Konjunktiven u. Schleimhäute unter Quarzlicht bis 30 Min. nach i.v. Inj. einer Fluoreszin-Lsg., pos. EKG (u. EEG), Blutung aus eröffneten venösen Stauungsgefäßen oder abgeschnürtem Finger, Nichtausgleich der Körpertemp. mit der der Umgebung, Sichtbarbleiben der Netzhautarterien, pos. Pupillen- u. Kornealreflex, elektr. Erregbarkeit der Muskulatur (unsicher, kann noch 48 Std. p. m. bestehen, / supravitale Reaktionen). - vgl. Todeszeichen.*

Im gleichen Lexikon heißt es zu „supravital“:<sup>429</sup>

*supravital: überlebend, über den Tod hinaus (z. B. als adj. Bez. für die nach Lösen aus einem Organismus oder Zellverband noch lebende Zelle, deren mikroskop. »S.bild« sich von dem nach Fixierung u.a. durch Fehlen der Nukleolenmembran u. sehr zarte Kernmembran unterscheidet). - S.färbung: tierexperimentelles Einbringen eines Farbstoffs in die nach Tötung leergespülten Blutgefäße; ferner — als Trockenfarbschicht-Methode - die F. des frischen Blutstropfens bzw. Harnsediments (s.a. STERNHEIMER\*- Mauß?n\* Färbung). - su. Reaktion: forens die nach dem Individualtod (f Hirntod) noch festzustellenden Reaktionen der überlebenden Zellen einiger Gewebe, von denen insbes. die muskulären für die genauere Todeszeit-Bestg. wichtig sind (/ Tab.); Pupillen reagieren auf Parasympathiko- u. Sympathikomimetika bis ca. 11 Std., Schweißdrüsen auf Adrenalin (s.c.) bis zu 30 Std. p.m.; ferner bestehen Herztätigkeit (mit heterotoper Reizbildung) bis ca. 30 Min., Gerinnungsfähigkeit des Blutes bis zu 12 Std., Flimmertätigkeit des Tracheaepithels bis zu 48 Std., Beweglichkeit der Spermien bis zu mehreren Tagen p. m.*

426 Reallexikon der Medizin. Band S-Z. München 1977, S 401.

427 Reallexikon der Medizin. Band S-Z. München 1977, S 401.

428 Günter Thiele (Hg.): Handlexikon der Medizin. Band L-Z. München 1980, 1428.

429 Günter Thiele (Hg.): Handlexikon der Medizin. Band L-Z. München 1980, 2381.

Im „Psyhyrembel“ (1990), 256. Auflage, heißt es zum „Leben, intermediär“:<sup>430</sup>

*Leben, intermediäres: zeitl. begrenztes Überleben v. Zellen u. Zellsystemen über d. Gehirntod hinaus bis z. Absterben der letzten Zelle; im i.L. auslösbare Reaktionen (z.B. pharmak. ausgelöste Pupillenreaktion bis zu 15 Std. post mortem sowie 20-24 Std. Überlebenszeit der Spermien) werden als supravital bezeichnet. Vgl. Sterben.*

Im „Brockhaus“ (2006), 21. Aufl. heißt es zur „Todeszeitbestimmung“:<sup>431</sup>

*Todeszeitbestimmung, Schätzung der Liegezeit eines Leichnams aus dem Ausprägungsgrad der Leichenerscheinungen und supravitalen Reaktionen (über den Individualtod hinaus auslösbare Lebensäußerungen bestimmter Gewebe). Die führende Methode basiert auf der mathemat. Beschreibung des Abfalls der Körperkerntemperatur (Rektaltemperatur 8 cm innerhalb vom Schließmuskel) in Abhängigkeit von der Umgebungstemperatur, die die Konstruktion eines Temperatur-Todeszeit-Bezugsnonogramms erlaubt, mit dem unter Berücksichtigung von Körpergewicht, Bekleidung, Bedeckung und Windverhältnissen zuverlässig die Todeszeit bestimmt werden kann. Die Zeitdaten zum Ausprägungsgrad von Totenflecken (Beginn, Ausprägung, Wegdrückbarkeit, Umlagerbarkeit), Totenstarre (Beginn, Wiedergeburt nach Brechen, maximale Ausprägung, Lösung) und supravitalen Reaktionen (Reaktionen der Skelettmuskulatur auf mechan. und elektr. Reizung sowie der Pupille auf pupillenerweiternde oder -verengende Medikamente) können den über die Temperaturmethode ermittelten Todeszeitbereich weiter eingrenzen. Die genannten Methoden greifen nur in den ersten ein bis zwei Tagen nach Todeseintritt. Jenseits dieser Phase ist die Besiedlung des Leichnams mit Fliegeiern, Maden und Käfern zur Eingrenzung der Liegezeit von Bedeutung (forens. Entomologie).*

Im „Psyhyrembel“ (2007), 261. Auflage, heißt es zum „Leben, intermediär“:<sup>432</sup>

*Leben, intermediäres: (engl.) intermediary life; zeitl. begrenztes Überleben von Zellen u. Zellsystemen über den Hirntod\* hinaus bis zum Absterben der letzten Zelle (absoluter od. totaler Tod\*); im i.L. auslösbare Reaktionen (z.B. pharmak. ausgelöste Pupillenreaktion bis 15 Std. p.m., elektrisch bzw. mechanisch ausgelöste Muskelkontraktionen bis 20 Std. p.m.; Überlebenszeit der Spermien von 20-24 Std.) werden als supravital bezeichnet. Vgl. Sterben, Todeszeitpunkt.*

---

430

930.

431 Brockhaus. 21. Auflage. Mannheim 2006, 508.

432

930.

## 4.4 Das Gehirn

### 4.4.1 Das Gehirn – 19. Jh.

Spätestens seit den physiologischen Untersuchungen von Xavier Bichat im Jahr 1800 erweckte das Gehirn das Interesse anderer Mediziner. So wurden an Tieren die unterschiedlichsten Versuche angestellt, um der Aufgabe und Funktion des Gehirns auf die Spur zu kommen.

Im Jahr **1812** wurde an Katzen nachgewiesen, dass nach operativer Entfernung des Gehirns der Blutkreislauf und damit die periphere Organfunktion aufrechterhalten werden kann, wenn die Atmung über ein Tracheostoma und einen Gummischlauch künstlich durchgeführt wird.<sup>433</sup> Damit wurde das an einer Katze ausprobiert, was 140 Jahre später Björn Ibsen an Menschen anwandte und was heute der Situation von Hirntoten auf der Intensivstation sehr nahe kommt.

A.W. Volkmann führte um **1840** auch solche Versuche durch. Hierüber schrieb er:<sup>434</sup>

*Von den Bewegungen enthirnter Thiere, welche zweifelhaft machen könne, ob das Gehirn der ausschließliche Sitz der Seele sei. Im Widerspruch mit der Behauptung, daß das Gehirn der Sitz des Willens sei, scheinen zahlreiche Angaben, nach welchen geköpft Thiere noch zu regelmäßiger Ortsbewegungen befähigt waren. Die Strauße, welchen Herodian im Laufe den Kopf abschoss, sollen weiter geeilt sein, und von Hühnern, welche nach Abschneidung des Kopfes davongelaufen, kann man oft von Augenzeugen hören. Bemerkenswerth ist, daß selbst achtbare Naturforscher ähnliche Erfahrungen mittheilen, deren Haller und Rasse ziemlich viele gesammelt haben. ... Zwar habe ich selbst darauf aufmerksam gemacht, daß Frösche, denen man nach Abschneidung des Kopfes eine gestreckte Lage giebt, diese fast regelmäßig in eine sitzende umändern, allein unstrittig ist Valentin's Bemerkung richtig, daß diese Veränderung der Lage nur durch die überwiegende Kraft der Beugemuskeln vermittelt werde. Bringt man den Frisch gleich bei Anfang des Versuchs in eine, der Muskelruhe günstige Stellung, und schützt ihn vor jedem äußern Reize, besonders auch dem Luftzuge, so stirbt er in der erhaltenen Stellung ohne Ausnahme.*

Diese Untersuchungen kommen den Bewegungen von Hirntoten sehr nahe. Dass sich enthirnte Lebewesen, und damit auch Hirntote, noch bewegen können, ist somit nichts Befremdliches.

A.W. Volkmann geht in seinen Überlegungen hierzu auch auf die Seele ein:<sup>435</sup>

*Hier, wo in Frage gestellt ist, ob das Gehirn ausschließliches Seelenorgan sei, verdient die Natur dieser Bewegungen eine sorgfältige Berücksichtigung. Enthauptete Thiere reagiren auf äußere Reize fast eben so wie unverletzte. Nach der Enthauptung reiben Kätzchen mit der Hinterpfote die Halswunde, Schildkröten verstecken sich bei Berührung unter ihr Schild, und Frösche, welche bei der Brust gefaßt werden, suchen sich los zu arbeiten. Es hat also freilich den Anschein, als ob die Thiere den äußern Reiz empfänden, und auf eine zweckmäßige Weise demselben zu begegnen suchten, daher auch Le Gallois die Lehre aufstellte, das Prinzip der Empfindung und Bewegung jedes Gliedes liege in dem Theile des Rückenmarks, von welchem das Glied seine Nerven erhalte.*

Bemerkenswert ist hierbei, dass diese Bewegungen der enthaupteten Tiere bereits um 1840 auf spinale Reflexe des Rückenmarks zurückgeführt wurden. Nach rund 180 Jahren sollte sich heute daher

433 H.C. Hopf, G. Deuschl, H.C. Diener, H. Reichmann (Hg.): Neurologie in Praxis und Klinik. Band 1. 3. Auflage. Stuttgart 1999, 93.

434 A.W. Volkmann: Gehirn. In: Rudolph Wagner: Handwörterbuch der Physiologie mit Rücksicht auf physiologische Pathologie. Braunschweig 1842–1853, 5 Bände. Bd. 1 (1842), 574. Nach: <https://ia801408.us.archive.org/25/items/handwrterbuchde01wagngoog/handwrterbuchde01wagngoog.pdf>

435 A.W. Volkmann: Gehirn. In: Rudolph Wagner: Handwörterbuch der Physiologie mit Rücksicht auf physiologische Pathologie. Braunschweig 1842–1853, 5 Bände. Bd. 1 (1842), 575. Nach: <https://ia801408.us.archive.org/25/items/handwrterbuchde01wagngoog/handwrterbuchde01wagngoog.pdf>



niemand wundern, dass sich Hirntote spontan oder auf äußere Reize bewegen können. Diese Bewegungen erfolgen völlig ohne Gehirntätigkeit, wie diese Experimente vor rund 180 Jahren zeigen.

Ende des 19. Jh. war auch Gehirnnekrose<sup>436</sup> bekannt. So schrieb Oskar Liebreich **1898** darüber:<sup>437</sup>

*Gehirnnekrose. Nekrotische Vorgänge im Sinne der pathologischen Anatomie sind im Gehirn sehr häufig, theils mikroskopisch (Coagulationsnekrose der Ganglienzellen bei manchen Rindenerkrankungen), theils makroskopisch, z.B. bei traumatischer Zertrümmerung des Gehirngewebes, bei Embolien und Thrombosen etc.*

#### 4.4.2 Das Gehirn – 1900 bis 1950

Im Meyers „Großen Konversations-Lexikon“ des Jahres **1908** geht man davon aus, „daß der Körper des Menschen beseelt sei. Auf dem Boden dieser Voraussetzung fußend, hat die Physiologie besonders durch die Experimente am Gehirn der höhern Tiere und die Pathologie durch klinische und anatomische Erfahrungen am Gehirn des Menschen festgestellt, daß die psychischen Vorgänge mit ganz bestimmten materiellen Vorgängen untrennbar verknüpft sind.“<sup>438</sup>

In „Knaurs Gesundheits-Lexikon“ (**1940**) heißt es über das „Gehirn“:<sup>439</sup>

*Und dieser wird dann sagen, die Erklärung für alle diese Erscheinungen sei gar nicht schwer, denn das Herz stehe durch bestimmte Nerven mit anderen Organen und vor allem mit dem Gehirn und damit auch mit unserem Gemütsleben in direkter Verbindung.*

Weiter heißt es darin beim Artikel „Tod“:<sup>440</sup>

*Am ehesten stellt das Gehirn, dieses kostbarste und zugleich empfindlichste Gewebe, das der Mensch besitzt, seine Funktionen ein, zu allererst erlischt die Fähigkeit der klaren Gedankenbildung, des Wünschens und Hoffens, des Wollens und Begehrens. So ist die Agonie höchstens ein Kampf des Körpers, ein Noch-Funktionieren der Reflexe, ein Noch-Leben der Nerven und Organe, die auch sonst ohne unseren Willen und unser Bewußtsein tätig sind.*

Zum Artikel „Totgeburt“ heißt es:<sup>441</sup>

*... unter den tödlichen Unfällen tragen vor allem die Einatmung von Fruchtwasser, die Erdrosselung des Kindes durch die um seinen Hals geschlungene Nabelschnur und schwere mechanische Schädigungen des Gehirns die Schuld.*

#### 4.4.3 Das Gehirn – seit 1950

In „Ullstein Lexikon der Medizin“ (**1963**) heißt es zum Artikel „Tod“:<sup>442</sup>

*Der Tod tritt nicht plötzlich ein; zuerst sterben Gehirn und Nervenzellen ab, am spätesten setzt das Herz aus. Atemstillstand kann durch künstliche Atmung noch nach Stunden wieder behoben werden. Herzstillstand auf dem Operationstisch ist durch sofortige Herzmassage zu überwinden.*

436 Nekrose ist ein Absterben von Zellen oder ganzer Glieder, meist durch Nährstoff- und Sauerstoffmangel, aber auch durch andere Einflüsse wie Gifte und Radioaktivität. Siehe: <https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Nekrose&oldid=246166732>

437 Oscar Liebreich, Martin Mendelsohn, Arthur Würzburg: Encyklopaedie der Therapie. Berlin 1896–1898, 3 Bände. Bd. 2 (1898), 419. Nach: <https://ia801406.us.archive.org/23/items/encyklopaediede00liebgoog/encyklopaediede00liebgoog.pdf>

438 Meyers Großes Konversations-Lexikon. Ein Nachschlagewerk des allgemeinen Wissens. Leipzig und Wien 1902–1908, 20 Bände. Bd. 12. (1908), 280f. Nach: [http://woerterbuchnetz.de/cgi-bin/WBNetz/wbgui\\_py?sigle=Meyers&mode=Vernetzung&lemid=IL02134#XIL02134](http://woerterbuchnetz.de/cgi-bin/WBNetz/wbgui_py?sigle=Meyers&mode=Vernetzung&lemid=IL02134#XIL02134)

439 Peter Hiron: Knaurs Gesundheits-Lexikon. Ein Führer für alle durch das Gesamtgebiet der moderne Medizin. Berlin 1940, 226.

440 Peter Hiron: Knaurs Gesundheits-Lexikon, 450.

441 Peter Hiron: Knaurs Gesundheits-Lexikon, 452.

442 Ullstein Lexikon der Medizin. Berlin 1963, 201.

Im „Reallexikon der Medizin“ (1977) heißt es im Band S-Z zum Artikel „Tod“:<sup>443</sup>

*das Aufhören der Lebensfunktionen, ein in Etappen ablaufender biol. Vorgang (s.a. Sterben): 1) Herz- u. Atmungsstillstand (»klin. Tod«), mit grundsätzl. Möglichkeit zur Wiederbelebung innerhalb der ersten 3 Min.; 2) Absterben von Organen (»Individual-«, »Organ-«, »Partial-«, »örtl. Tod«) mit Desintegration der Lebensfunktionen, Bewußtseinsverlust u. Untergang der übr. Organe (wobei aber durchaus noch Organfunktionen u. Lebenserscheinungen vorhanden sind = intermediäres Leben); s.a. supravitale Reaktionen (Tab.), Gehirn-, Hirntod (»zentraler Tod«); 3) Untergang sämtlicher Organe u. Zellverbände mit definitivem Stillstand aller Stoffwechselvorgänge (»Total-«, »allg.«, »endgült.«, »biol. Tod«);*

Im „Reallexikon der Medizin“ (1977) heißt es im Band S-Z zum Artikel „Tod, genetischer“:<sup>444</sup>

*der Tod (auch prä- u. perinatal) als unmittelbare Folge eines ererbten oder durch Mutation neu erworbenen genet. Schadens (nicht aber infolge teratogener Mißbildung). — 2) (i.w.S.) allmährl. Ausschaltung eines mutierten Gens oder Genotyps aus einer Population infolge verminderter Vitalität u./oder Fertilität seiner Träger im Verlaufe von Generationen; vgl. Persistenz.*

Im „Reallexikon der Medizin“ (1977) heißt es im Band S-Z zum Artikel „Tod, psychogener“:<sup>445</sup>

*Voodoo-Tod: Sterben ohne körperl. Krankh. aus rein seel. Urs. (z.B. durch angstbedingten Schock, als Rentnertod). Vork. v.a. bei Voodoo-gläubigen Eingeborenen Afrikas, Haitis u. des amerikan. Westens nach Ankündigung des Todes durch den Priester, woraufhin der Betreffende in einen katalept. Zustand gerät u. innerhalb von Tagen stirbt, weil er sich von bösen Geistern besessen glaubt.*

Im „Handlexikon der Medizin. Band A-K. (1980) heißt es zum „Tod“:<sup>446</sup>

*der mit dem Individualtod ident. Organtod des Gehirns. Nachweis wichtig im Zusammenhang mit respirator. Reanimation (deren Fortsetzung evtl. zu dissoziiertem Tod führt) u. Organtransplantation; s. a. Tod, Todeszeitbestimmung. - Unabdingbare Kriterien: Bewußtlosigkeit, erloschene Spontanatmung, Fehlen zerebraler Reflexe u. umweltbezogener Lebensäußerungen, hirnelektrische Inaktivität (bei Vergiftung u. Kindern nicht verwertbar).*

Im „Brockhaus“ (2001) 20. Aufl. heißt es zum „Tod“:<sup>447</sup>

*Der klinische T. umfasst Merkmale ausgefallener Funktionen, die als unsichere Todeszeichen zu bewerten sind: Herzstillstand, Pulslosigkeit, Atemstillstand, Areflexie, Bewusstlosigkeit, Hautblässe und Temperaturabfall. Bei tiefer Bewusstlosigkeit mit klinisch nicht mehr wahrnehmbaren Lebensäußerungen (z.B. akute Vergiftung) kann der Anschein des T. erweckt werden, obwohl mithilfe des Elektroenzephalogramms (EEG) und des Elektrokardiogramms (EKG) noch elektr. Aktivitäten nachweisbar sind. Diese Vita reducta bzw. minima (umgangssprachlich —Scheintod) ist zeitabhängig reversibel und lässt sich durch manuelle und apparative Reanimation vielfach überwinden. Im Zentrum steht dabei die Wiederherstellung von Kreislauf und Atmung zur Sauerstoffversorgung aller Organe. Die Reanimation erfährt ihre Grenzen am Gehirn, dessen Wiederbelebenszeit in Abhängigkeit von der Körper- und Außentemperatur zw. 6 und 10 min liegt. Jenseits dieser Zeitspanne entstehen am Zentralnervensystem irreversible strukturelle Schäden, die mit dem Leben nicht vereinbar sind,*

Weiter heißt es dort zum „Tod“:<sup>448</sup>

443 Reallexikon der Medizin. Band S-Z. München 1977, T 78.

444 Reallexikon der Medizin. Band S-Z. München 1977, T 78.

445 Reallexikon der Medizin. Band S-Z. München 1977, T 78.

446 Günter Thiele (Hg.) Handlexikon der Medizin. Band A-K. München 1980, 1075.

447 Brockhaus. Die Enzyklopädie in 24 Bände. Leipzig 2001, 140.

448 Brockhaus. Die Enzyklopädie in 24 Bände. Leipzig 2001, 140.

*Unter Berücksichtigung medizinischer, eth. und jurist. Gesichtspunkte wird der Organ-T. des Gehirns dem T. des Menschen (Individual-T.) gleichgesetzt, da mit dem Erlöschen der Hirnfunktionen die für jedes menschl. Leben unabdingbaren Voraussetzungen entfallen. Der Hirn-T. ist der vollständige und irreversible Ausfall der integrativen Groß- und Stammhirnfunktionen bei nur noch künstlich aufrechterhaltenem Kreislauf. Die Fortführung einer Behandlung nach festgestelltem Hirn-T. ist aussichtslos.*

## 4.5 „Hirntod“ bis 1950

Der Begriff „Hirntod“ wurde im Jahr 1800 kreiert. Im 19. Jh. fand er in Lexika seine Anwendung als ein vom Gehirn ausgehender Tod.

Mediziner schreiben im Jahr **1845** über den Hirntod.<sup>449</sup>

*Der Gehirntod, d.h. der von plötzlich aufgehobener Innervation, ist jene Form des Sterbens, in welcher das Leben wie mit einem Schläge, ohne vorangegangene Zeichen Lungen- oder Herzaffectation, ohne Röcheln und zitternden, flatternden Herzpuls erlischt, oder wo diese Erscheinungen erst eintreten, wenn das Gehirnleben völlig verstorben, ... Das äußere Ansehen des Leichnams bietet weniger Veränderungen dar, als nach anderen Todesarten, besonders solchen, wenn eine längere Agonie voranging. Er sieht einem Tief-Ohnmächtigen ähnlich, kalt, bleich, verfallen, die Augen bleiben auch hier lange glänzend, und die Todtenstarre entwickelt sich spät.*

Bei diesen Worten fühlt man sich sogleich an die Hirntote von heute erinnert. Nach den Jahresberichten der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) ist mit über 50% die häufigste zum Hirntod führende Ursache eine massive Hirnblutung. Hierbei erlischt das Bewusstsein oft binnen weniger Sekunden. Bei einem plötzlichen Herzstillstand sind es bis zur Bewusstlosigkeit etwa 10 Sekunden.

Im gleichen medizinischen Lexikon heißt es weiter zum Hirntod<sup>450</sup>

*Der Gehirntod, d.h. der von plötzlich aufgehobener Innervation, ist jene Form des Sterbens, in welcher das Leben wie mit einem Schläge, ohne vorangegangene Zeichen Lungen- oder Herzaffectation, ohne Röcheln und zitternden, flatternden Herzpuls erlischt, oder wo diese Erscheinungen erst eintreten, wenn das Gehirnleben völlig verstorben, Delirien, Coma, Convulsionen vorangingen, also erst in den letzten Augenblicken desselben. Hierher muß der Tod des Blitzschlags, der mit einem Schläge tödtenden Apoplexie (apopl. foudroyante), der nach bedeutenden Gehirnerschütterungen und nach gewissen seltenen chronischen Neurosen, Catalepsie, Lethargus u.s.w. eintretende gerechnet werden, so wie jener nach narcotischen Giften und durch Gehirncompression erfolgende.*

Weiter heißt es dort zum Hirntod:<sup>451</sup>

*Die vom Gehirn aus durch Lähmung der Athemnerven tödtenden Affectation haben keinen so schweren Tod im Gefolge, weil die Besinnung schon vorher geschwunden. Es ist daher auch der Gehirntod im eigentlichen Sinne, wahrscheinlich die leichteste von allen Todesarten,*

449 D.W.H. Busch, J.F. Dieffenbach, J.F.C. Hecker, E. Horn, J.C. Jüngken, H.F. Link, J. Müller (Hg.) : Encyclopädisches Wörterbuch der medicinischen Wissenschaften. Berlin 1828-1849. 37 Bände. Bd. 33 (1845) Artikel "Tod", S. 562. Nach: <https://books.google.de/books?id=oqJhAAAAIAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>

450 D.W.H. Busch, J.F. Dieffenbach, J.F.C. Hecker, E. Horn, J.C. Jüngken, H.F. Link, J. Müller (Hg.) : Encyclopädisches Wörterbuch der medicinischen Wissenschaften. Berlin 1828-1849. 37 Bände. Bd. 33 (1845) Artikel "Tod", S. 562. Nach: <https://books.google.de/books?id=oqJhAAAAIAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>

451 D.W.H. Busch, J.F. Dieffenbach, J.F.C. Hecker, E. Horn, J.C. Jüngken, H.F. Link, J. Müller (Hg.) : Encyclopädisches Wörterbuch der medicinischen Wissenschaften. Berlin 1828-1849. 37 Bände. Bd. 33 (1845) Artikel "Tod", S. 567. Nach: <https://books.google.de/books?id=oqJhAAAAIAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false>

*ebenso wie die durch plötzliche Lähmung der Herzthätigkeit erfolgende, weil die Umnachtung der Sinne in der Ohnmacht ein ganz analoger, vielleicht nicht einmal ganz unangenehmer Zustand ist.*

In der „Deutschen Zeitschrift für die Staatsarzneikunde“ wird als physiologischer Grund für den Hirntod korrekter Weise der gesteigerte Hirndruck genannt.<sup>452</sup>

Der Pathologe Hugo Ribbert schrieb (1908) „Der physiologische Tod ist ein Gehirntod.“<sup>453</sup>

Julius Bauer schrieb (1921) in „Die konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten“, 2. Auflage, über den Hirntod:<sup>454</sup>

*Stiller selbst gibt an, daß seine Astheniker eine auffallende Immunität gegenüber Gicht und Diabetes, schweren chronischen Rheumatismen, chronischen Nephritiden und degenerativen Herz- und Gefäßkrankheiten aufweisen, daß sie fast nie unter kardialen Hydropsien, an plötzlichem Herz- oder Hirntod zugrundegehen und nur selten unter hochgradiger Arteriosklerose und Angina pectoris zu leiden haben.*

W. Spielmeyer schrieb (1922) in „Histopathologie des Nervensystems“ über den Hirntod:<sup>455</sup>

*Und was nützt es etwa, lediglich eine atrophische Rinde zu durchmustern und dabei das Freibleiben der Projektionsstrahlung festzustellen, ohne doch zu wissen, daß in diesem Falle klinisch eine Lähmung bestand; die überraschende Tatsache des Vorkommens einer Hemiplegie bei intakter Pyramidenbahn aus rein kortikaler Ursache würde uns entgangen sein. Oder was gewannen wir, wollten wir lediglich einen Fall von sogenanntem Hirntod anatomisch untersuchen, ohne zu wissen, welches die Erwägungen der klinischen Differentialdiagnose waren.*

N. Ph. Tendeloo schrieb (1924) in „Allgemeine Pathologie“, 2. Auflage, zum Hirntod:<sup>456</sup>

*Dem Hirntod kann eine erscheinungslose Zeit vorausgehen; dann tritt Sopor ein, der in Koma mit Temperaturerhöhung (nervösem Fieber) oder Temperaturenniedrigung übergeht. Die zerebrale Form der Fettembolie scheint durch schwierigen Transport eines durch einen Unfall getroffenen gefördert zu werden.*

Franz Rost schrieb (1925) in „Pathologische Physiologie des Chirurgen“ über den Hirntod:<sup>457</sup>

*Wird Luft in die Arterien eingespritzt oder kommt es zu einer Luftembolie in die Magenvenen, wobei die Luft die Leber passieren muß (vgl. WOLF2) dann werden die Luftblasen in kleinste Bläschen zerschlagen, und diese passieren nun anstandslos die Kapillaren. WOLF bekam regelmäßig nach Luftinjektion in die Art. femoralis, Luft in der Vena femoralis, und es sind in solchen Fällen Luftblasen im ganzen Körperkreislauf verteilt nachzuweisen. Der Tod erfolgt dann wohl meist als "Hirntod". SPIELMEYER hat bei solchen Luftembolien hochgradige Veränderungen im mikroskopischen Bilde des Gehirns nachgewiesen.*

H. Birkholz schrieb (1926) im Kapitel „Meningitis cerebrospinalis epidemica“ zum Hirntod:<sup>458</sup>

452 [https://archive.org/stream/deutschezeitsch29unkngoog/deutschezeitsch29unkngoog\\_djvu.txt](https://archive.org/stream/deutschezeitsch29unkngoog/deutschezeitsch29unkngoog_djvu.txt)

453 Ribbert. Zitiert nach: Wolfgang Wagner: Gemeinsamkeiten zwischen Hirntodkonzept und traditionellen Todeszeichenkonzepten. Überlegungen zu den anthropologischen Grundlagen der Feststellung des menschlichen Todes. In: Ethik in der Medizin (1995), Nr. 7, 202. In: Torsten Junge: Die Okkupation des Fleisches - zur Gegenwart der Transplantationsmedizin. Hamburg 1999.

<https://web.archive.org/web/20090622082731/http://www.gradnet.de/papers/pomo99.papers/Junge99.htm>

454 Julius Bauer: Die konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten. 2. Auflage. Berlin 1921, 46.

455 W. Spielmeyer: Histopathologie des Nervensystems. Berlin 1922, 5.

456 N. Ph. Tendeloo: Allgemeine Pathologie. 2. Auflage. Berlin 1925, 752.

457 Franz Rost: Pathologische Physiologie des Chirurgen. Experimentelle Chirurgie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Leipzig 1925, 471.

458 H. Birkholz: Meningitis cerebrospinalis epidemica. In: A. Denker, O. Kahler (Hg.): Handbuch der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. 6. Band. Die Krankheiten des Gehörgangs I. Berlin 1926, 796.



*Die Mortalität ist zwar zweifellos der Anhaltfaktor auch für die Schwere von Hirnhautentzündungen, da als deren Todesursache Hirntod durch Hypertension im Schadel gelten muß;*

Damit ist ein Zusammenhang zwischen Hirnhautentzündung und hohem Hirndruck hergestellt, ein zum Hirntod führender Weg.

W. Kerl schrieb (1928) im Kapitel „Schädigung durch Salvarsan“ über den Hirntod:<sup>459</sup>

*Es kann daher der Meinung WECHSELMANNs, daß alle Hirntodesfälle nach Salvarsan auf einer Thrombose der Vena magna Galeni beruhen, in dieser verallgemeinernden Fassung, was JAFFÉ besonders betont, nicht beigestimmt werden.*

W. Kerl schrieb weiter:<sup>460</sup>

*Da eine große Anzahl von Hirntodesfällen kombiniert behandelt wurde, war es naheliegend zu untersuchen, ob nicht das Quecksilber ebenfalls Veränderungen im Sinne einer Encephalitis haemorrhagica hervorrufen könnte.*

W. Kerl schrieb weiter:<sup>461</sup>

*Die zahlreichen Tierversuche haben keine restlose Aufklärung der Hirntodesfälle ergeben. Es ist dies um so weniger zu erwarten, als es sich bei den schweren Zwischenfällen doch glücklicherweise um äußerst seltene, der Salvarsanapplikation folgende Reaktionen handelt.*

Wie sehr die Mediziner in den 1920er Jahren in Dunkeln tappten, zeigt das Ergebnis von W. Kerl:<sup>462</sup>

*Zur Erklärung der Hirntodesfälle wurden von den einzelnen Beobachtern verschiedene Hypothesen aufgestellt. Es lassen sich hierbei drei Gruppen unterscheiden. Die erste spricht das Salvarsan, die zweite Anomalien des Behandelten, die dritte eine Kombination von beiden als Ursache der Schädigungen des Zentralnervensystems an.*

Franz Jahnel schrieb (1929) im Kapitel „Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Syphilis des Nervensystems“ zum Hirntod:<sup>463</sup>

*Bemerkenswert ist jedoch, daß nach unseren Erfahrungen syphilitische Hirnprozesse keine Kontraindikation gegen die Salvarsanbehandlung bilden, und daß der Salvarsan-Hirntod auch bei Nichtsyphilitikern beobachtet wurde (ein Fall von HENNEBERG).*

Werner Scheidegger schrieb (1929) in „Katatone Todesfälle in der psychiatrischen Klinik Burghölzli-Zürich von 1900 bis 1928“ zum Hirntod:<sup>464</sup>

*Es ist hierbei zu unterscheiden zwischen solchen Beobachtungen, wo das klinische Bild auf einen Hirntod hinweist und gar kein pathologischer Sektionsbefund erhoben werden kann, und anderen, bei denen somatische Befunde vorliegen, die aber doch nicht als Ursache, sondern nur als Folgen oder Nebenerscheinungen der Psychose betrachtet werden können, die den Tod nicht erklären.*

459 W. Kerl: Schädigung durch Salvarsan.. In: J. Jadassohn (Hg.) Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten. 18. Band. Syphilis-Therapie. Berlin 1928, 657

460 W. Kerl: Schädigung durch Salvarsan.. In: J. Jadassohn (Hg.) Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten. 18. Band. Syphilis-Therapie. Berlin 1928, 659.

461 W. Kerl: Schädigung durch Salvarsan.. In: J. Jadassohn (Hg.) Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten. 18. Band. Syphilis-Therapie. Berlin 1928, 663.

462 W. Kerl: Schädigung durch Salvarsan.. In: J. Jadassohn (Hg.) Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten. 18. Band. Syphilis-Therapie. Berlin 1928, 663.

463 Franz Jahnel: Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Syphilis des Nervensystems. In: J. Jadassohn (Hg.) Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten. Band 17/1. Berlin 1929, 108.

464 Werner Scheidegger: Katatone Todesfälle in der psychiatrischen Klinik Burghölzli-Zürich von 1900 bis 1928. Berlin 1929, 587.



Werner Scheidegger schrieb weiter:<sup>465</sup>

*Zwischen den Fällen, die scheinbar als reiner, direkter Hirntod aufzufassen sind und den gerade entgegengesetzten Beobachtungen, bei denen der letale Ausgang die indirekte Folge primärer Organminderwertigkeit oder der Psychose zu sein scheint, gibt es alle Übergänge mit wechselnder Kombination und Häufung der in Betracht kommenden verschiedenen Faktoren.*

F. Hiller schrieb (1936) im Kapitel „Die Zirkulationsstörungen des Rückenmarks“ über den Hirntod:<sup>466</sup>

*Man hat lange geglaubt, daß in der Regel der Herztod eine Luftembolie beendet, bis L. D. BRAUER gezeigt hat, daß das frühzeitige Auftreten cerebraler Symptome und der Tod an Atemlähmung bei noch schlagendem Herzen zugunsten des Hirntodes spricht.*

Paul Huber schrieb (1938) im Artikel „Über Unfälle durch Elektrizität“ zum Hirntod:<sup>467</sup>

*JELLINEK unterscheidet einen Tod durch Hirnlähmung, durch Erstickung, einen solchen durch Herz- oder Vasomotorenlähmung, Tod durch Verbrennung und solchen durch begleitende Komplikationen (Absturz, Ertrinken, Erstickung). SCHWYZER trifft eine etwas andere Einteilung: 1. Allgemeiner, momentaner Zelltod (bei Blitztodesfällen und bei sehr hochgespanntem Gleichstrom), 2. Hirntod, durch Erschütterung der Nervenzellen (bei sehr hochgespanntem Wechselstrom), 3. Herztod durch Aufhebung der Zirkulation bei Überreizung der Herzmuskelfasern, 4. Tod durch Erstickung infolge krampfhafter Kontraktion der Atemmuskulatur, 5. Verbrennungstod und 6. indirekter Tod. WEGELIN glaubt auf Grund einer Bammelstatistik d(lr pathologischen Institute der Schweiz (80 Obduktionsbefunde), daß der reine Stromtod in der Regel ein Tod durch Asphyxie sei, seltener ein primärer Herztod und noch seltener ein primärer Hirntod.*

Fa. Hiller schrieb (1939) im Artikel „Organische Nervenkrankheiten“ zum Hirntod:<sup>468</sup>

*Hirnschädigungen durch den elektrischen Strom sind heutzutage ein häufiges Trauma. Schon der Lichtstrom kann bei mangelnder Isolierung - zumal im Bad - tödlich wirken. Neben gefährlichen Störungen am Zirkulationssystem stehen Hirnschädigungen - Ödem und diapedetische Blutungen - im Vordergrund. Die Verletzten sterben entweder einen Herz- oder Hirntod.*

H. Altenburger schrieb (1939) im Kapitel „Die raumbeengenden Krankheiten im Schädelinnern“ zum Hirntod:<sup>469</sup>

*Die bei der Sektion gefundene Hirnschwellung braucht nicht immer Ausdruck einer bestehenden Hirnkrankheit zu sein, sondern kann auch Folge einer interkurrenten Erkrankung, z. B. einer Infektionskrankheit sein, wohl aber gehen den Hirnschwellungszuständen an der Leiche gewöhnlich klinische Hirnsymptome, im besonderen auch ein plötzlich einsetzender Hirntod parallel. Tritt die Hirnschwellung schnell ein oder kommt zu einer chronischen ein akuter Schub hinzu, so kommt es zu apoplektiformen oder epileptiformen Anfällen.*

---

465 Werner Scheidegger: Katatone Todesfälle in der psychiatrischen Klinik Burghölzli-Zürich von 1900 bis 1928. Berlin 1929, 642.

466 F. Hiller: Die Zirkulationsstörungen des Rückenmarks. In: O. Bumke, O. Foerster (Hg.): Handbuch der Neurologie. 11 Band. Spezielle Neurologie III. Erkrankungen des Rückenmarks und des Gehirns I. Berlin. 1936, 309.

467 Paul Huber: Über Unfälle durch Elektrizität. In: Erwin Payr, Martin Kirschner (Hg.): Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie. 31. Band. Berlin 1938, 901.

468 F. Hiller: Organische Nervenkrankheiten. In: H. Assman, K. Beckmann, G. von Bergmann, u.a. (Hg.) Lehrbuch der inneren Medizin. Band 1. 4. Auflage. Berlin 1939, 544.

469 H. Altenburger: Die raumbeengenden Krankheiten im Schädelinnern. In: G. v. Bergmann, R. Staehelin: Handbuch der inneren Medizin. 5. Band. Krankheiten des Nervensystems. Berlin 1939, 598.

Außerdem dokumentiert sich die Hirnschwellung in Bewußtseinsstörungen, Stauungspapille, starken Kopfschmerzen, Erbrechen, Nackensteifigkeit, Reflexstörungen; auch umschriebene, namentlich halbseitige Ausfälle werden beobachtet. Der Liquordruck im Zentralkanal kann erhöht sein, braucht es aber nicht, ja, es kann evtl. unmöglich sein, Liquor überhaupt durch Lumbalpunktion zu erhalten.

A. Bostroem schrieb (1939) im Kapitel „Die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns“ zum Hirntod:<sup>470</sup>

*Der Körper verfällt und als einzig produktive Funktion bleibt nur das Wachstum von Nägeln und Bart übrig; wir sehen bei der Paralyse, einen natürlichen Ablauf vorausgesetzt, einen typischen Hirntod eintreten, d. h., die von den vegetativen Zentren gesteuerten lebenswichtigen Funktionen versagen infolge der Erkrankung eben dieser Stellen.*

Christiaan van Gelderen schrieb 1949 in „Funktionelle Pathologie in der Chirurgie“ zu Lobektomie und Hirntod:<sup>471</sup>

*Die zwei- oder einzeitige Pankreatoduodenektomien nach WHIPPLE bzw. ORR-WALKER sind gleichfalls wahre chirurgische Triumphe. Die bilaterale frontale Lobektomie, neuerdings die entsprechende Leukotomie - die Abtrennung des Stirnhirns von den basalen Ganglien - sind Großtaten chirurgischen Könnens. Auch die Chirurgie des Gefäßsystems hat in allerletzter Zeit von sich reden machen. Die Kontinuitätsresektion der kongenitalstenotischen Brustaorta (CRAFOORD) hat nicht nur grobmorphologisches Interesse: sie beseitigt den Hochdruck der kranialen Körperhälfte und damit den Hirntod durch Schlaganfall innerhalb weniger Jahrzehnte.*

Vladimir A. Negovsky schrieb (1940er Jahre) über den Tod:<sup>472</sup>

*Lange Zeit glaubte man, der letzte Herzschlag sei der letzte Lebensfunke. Das sagen wir heute nicht mehr, denn nach dem Herzstillstand ist der Körper noch einige Minuten lang reversibel, was die Wiederherstellung der Funktionen des zentralen Nervensystems betrifft. Tatsächlich sind die verbleibenden Anzeichen der Hirnfunktion der letzte Lebensfunke.*

Damit beschrieb Negovsky klar, warum Menschen nur in einem kleinen Zeitfenster erfolgreich reanimiert werden können: Wenn wichtige Zentren im Gehirn, insbesondere das Atemzentrum, zerstört sind, kann der Mensch nicht mehr reanimiert werden. Seit 1952 kann der Ausfall der Eigenatmung durch die künstliche Beatmung ersetzt werden, aber die übrigen schwere Hirnschädigung bleiben.

470 A. Bostroem: Die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns.. In: G. v. Bergmann, R. Staehelin: Handbuch der inneren Medizin. 5. Band. Krankheiten des Nervensystems. Berlin 1939, 760f..

471 Christiaan van Gelderen: Funktionelle Pathologie in der Chirurgie. Berlin 1949, 181.

472 Долгое время существовало представление, что последнее сокращение сердца есть последний „аккорд“ жизни. Мы теперь уже не говорим так, поскольку после прекращения работы сердца состояние организма еще в течение ряда минут остается обратимым с точки зрения восстановления функций центральной нервной системы. В действительности же последним „аккордом“ жизни являются остающиеся еще признаки жизнеспособности мозга.

<https://web.archive.org/web/20250802225054/http://nsicu.ru/history>

## 4.6 „Hirntod“ seit 1950

Max Bürger sagte am 09.03.1959 in seinem Vortrag:<sup>473</sup>

*Der physiologische Tod ist ein Hirntod: Der Rezeptorenapparat der Höchstbetagten, sein Gesicht, Gehör, Geschmack, Gefühl versagt allmählich seine Dienste. Dem Effektorenapparat kommen daher keine Befehle mehr zu. Der alte Mensch stirbt nicht, sondern hört auf zu leben.*

In „Praxis der Intensivbehandlung“ (1971) heißt es über die Feststellung des Todes:<sup>474</sup>

*Die Wiederbelebungszeit des Gesamtorganismus wird ohne unterstützende Maßnahmen durch die Wiederbelebungszeit des Herzens begrenzt. Sie beträgt 4 bis 6 Minuten. Das bedeutet, daß innerhalb dieser Zeit die Herzaktion spontan ohne Herzmassage wieder Ingang kommen kann. ... Durch äußere Herzmassage kann die Wiederbelebungszeit des Herzens jedoch auf das vielfache verlängert werden, so daß zum limitierenden Faktor für den Erfolg der Wiederbelebungsmaßnahmen die zulässige Anoxiedauer (Wiederbelebungszeit) für das Gehirn wird. Diese wird von SCHNEIDER bei Normothermie mit 8 bis 10 Minuten angegeben.*

Zum Hirntod heißt es darin:<sup>475</sup>

*Da das Gehirn noch nicht irreversibel geschädigt zu sein braucht, wenn ein Kreislaufstillstand für eine kurze Zeitspanne eintritt, auf der anderen Seite aber die Kreislauffunktionen wieder normalisiert werden können, obwohl die Wiederbelebungszeit des Gehirns überschritten ist, besteht heute Unsicherheit in der Frage nach dem Zeitpunkt des Eintritts des Todes, der mit dem Hirntod gleichzusetzen ist.*

Zur Hirntoddiagnostik heißt es darin:<sup>476</sup>

*Die Kriterien, welche die einzelnen Autoren aufgrund ihrer persönlichen Erfahrung erarbeitet haben, divergieren nun aber nicht unerheblich hinsichtlich der Dauer der zu fordernden hirnelektrischen Stille. Die von Spann u. Mitarb. veröffentlichte Publikation gipfelt in der Feststellung, bei sonst erloschenen Funktionen des Zentralnervensystems genüge eine 6stündige hirnelektrische Stille, um den Tod des Hirns annehmen zu können. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie hat auf ihrer Jahrestagung 1967 für Patienten mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma eine hirnelektrische Stille von 12 Stunden Dauer als ausreichend für die Feststellung des Hirntodes angesehen. Noch weiter gingen französische Autoren, die 48 Stunden forderten. Eine Wiederkehr von Rindentätigkeit wurde aber auch noch nach 2tägiger Stille im EEG gesehen.*

Es ist hierbei anzumerken, dass es damals kaum Ausschlusskriterien für die HTD gab. So kann eine Vergiftung über mehr als 14 Stunden hirnelektrische Stille erzeugen, obwohl kein Hirntod vorliegt. Dies hat man erst langsam anhand von Einzelfällen herausgearbeitet, dass z.B. nach Vergiftung oder bei Unterkühlung die HTD nicht sofort anwendbar ist, da es Hirntod vortäuscht, wo kein Hirntod ist.

Zur hirnelektrischen Stille heißt es weiter:

*Hirnelektrische Stille über drei Tage oder eine Verschlechterung des EEG nach Erholung aus elektrischer Stille bis zur erneuten elektrischen Stille erlaubt zur Zeit für sich allein die Annahme des irreversiblen Hirnschadens.*

Vorsichtig und hoffnungsvoll klingen diese Worte zum Hirntod:<sup>477</sup>

473 Max Bürger: Sexualdifferente Biomorphose des Menschen. Vortrag am 09.03.1959.

[https://web.archive.org/web/20250118232856/https://www.saw-leipzig.de/de/plenum/plenarvortraege\\_1948\\_1959/plenarvortraege-1959](https://web.archive.org/web/20250118232856/https://www.saw-leipzig.de/de/plenum/plenarvortraege_1948_1959/plenarvortraege-1959)

474 Peter Lawin (Hg.): Praxis der Intensivbehandlung. 2. Auflage Stuttgart 1971, 610.

475 Peter Lawin (Hg.): Praxis der Intensivbehandlung. 2. Auflage Stuttgart 1971, 610.

476 Peter Lawin (Hg.): Praxis der Intensivbehandlung. 2. Auflage Stuttgart 1971, 612f.

477 Peter Lawin (Hg.): Praxis der Intensivbehandlung. 2. Auflage Stuttgart 1971, 614.

*Es kann aber in diesem Zusammenhang nicht ausdrücklich genug darauf hingewiesen werden, daß die angegebenen Leitsätze zur Feststellung des Hirntodes zwar heute mit allen Konsequenzen anzuwenden sind, daß sie aber nur den Stand unserer gegenwärtigen therapeutischen Möglichkeiten zur Grundlage haben, die sich in der Zukunft sicher noch ändern werden.*

Im „Reallexikon der Medizin“ (1977) heißt es im Band H-L zum Artikel „Hirntod“:<sup>478</sup>

*zentraler, zerebraler Tod: der Organtod des Gehirns, der für die Bestimmung des Todeszeitpunktes eine bes. Rolle spielt (da künstl. Beatmung u. Wiederbelebung zum dissoziierten Tod führen können). Übereinstimmend (Mediziner, Juristen, Theologen) wird heute der Individualtod mit Eintritt des H. angenommen, selbst wenn Funktionen von Kreislauf u./oder Atmung künstlich aufrechterhalten werden. Für Best. des H. (insbes. im Hinblick auf Organtransplantation) gelten international als unabdingbare Kriterien u.a.: Bewußtlosigkeit, erloschene Spontanatmung, Fehlen zerebraler Reflexe u. umweltbezogener Lebensäußerungen, hirn- elektrische Inaktivität.*

Im „Psyhyrembel“ (1982), 254. Auflage, heißt es zum „Hirntod“:<sup>479</sup>

*Hirntod: endgültiger Ausfall aller Hirnfunktionen vor Eintreten des Herztodes. Wichtig ist d. Erkennung d. Zwischenzeit zwi. H. u. Herztod, da in dieser am erfolgreichsten Organe zur Transplantation (z.B. Nieren) entnommen werden können. Z. Zt. bestehen noch große juristische u. mediz. Unklarheiten. H. kann angenommen werden, wenn d. Spontanatmung ausgesetzt hat, Reflexe erloschen sind, das EEG isoelektrisch (= linear) ist (no DCA = no detectable cortical activity), vor allem aber, wenn bei einer Angiographie das Kontrastmittel sowohl in der A. carotis int. wie in der A. vertebralis nicht mehr in den Schädel eintritt (No-Flow-Phänomen).*

Im „Roche Lexikon Medizin“ (1984) heißt es zum „Hirntod“:<sup>480</sup>

*Hirntod, zentraler: der mit dem Tod des Individuums (»Individualtod«) identische Organtod des Gehirns. Der Nachweis — wichtig u.a. im Zusammenhang mit der respiratorischen Reanimation (deren Fortsetzung evtl. zu dissoziiertem Tod führt) - stützt sich auf folgende unabdingbaren Kriterien: Bewußtlosigkeit, erloschene Spontanatmung, Fehlen zerebraler Reflexe u. umweltbezogener Lebensäußerungen, hirnelektrische Inaktivität (= isoelektrisches Elektroenzephalogramm; bei Vergiftungszuständen u. bei Kindern nicht verwertbar); s.a. Todeszeichen (1). [E]brain death; irreversible coma.*

Auch wenn im Jahr 1968 das Ad-hoc-Komitee den Hirntod als „irreversible coma“ bezeichnet hat, so ist jedoch zwischen dem irreversiblen Koma (ein noch lebender Mensch) und dem Hirntod (Tod des Menschen) physiologisch wie auch anthropologisch zu unterscheiden. Die beiden Begriffe dürfen nicht synonym verwendet werden.

478 Reallexikon der Medizin. Band H-L. München 1977, H 209.

479 Psyhyrembel. 254. Auflage. Berlin 1982, 491.

480 Roche Lexikon Medizin. München 1984, 724.



Im „Roche Lexikon Medizin“ (1987) 2. Aufl. heißt es zum „Hirntod“:<sup>481</sup>

*Hirntod, zentraler: der mit dem Tod des Individuums (»Individualtod«) identische Organtod des Gehirns. Der Nachweis - wichtig u.a. im Zusammenhang mit der respiratorischen f. Reanimation (deren Fortsetzung evtl. zu dissoziiertem Tod führt) - stützt sich auf folgende unabdingbaren Kriterien: Bewußtlosigkeit, erloschene Spontanatmung, Fehlen zerebraler Reflexe u. umweltbezogener Lebensäußerungen, hirnelektrische Inaktivität (= isoelektrisches Elektroenzephalogramm, »no DCA«; bei Vergiftungszuständen u. bei Kindern nicht verwertbar); als sicherer Parameter gilt ferner der Ausfall der Durchblutung aller Hirnarterien (z.B. nachweisbar als Kontrastmittelstase); s.a. Todeszeichen (1).[E]brain death.*

Im „Roche Lexikon Medizin“ (1993) 3. Aufl. heißt es zum „Hirntod“:<sup>482</sup>

*Hirntod, zentraler: der mit dem Tod des Individuums (»Individualtod«) identische Organtod des Gehirns. Der Nachweis stützt sich auf folgende unabdingbare Kriterien: Bewußtlosigkeit, erloschene Spontanatmung, Fehlen zerebraler Reflexe u. umweltbezogener Lebensäußerungen, hirnelektrische Inaktivität (= isoelektrisches Elektroenzephalogramm, »no DCA«; bei Vergiftungszuständen u. bei Kindern nicht verwertbar); als sicherer Parameter gilt ferner der Ausfall der Durchblutung aller Hirnarterien (z.B. nachweisbar als Kontrastmittelstase). Besondere Bedeutung hat die Diagnostik des Hirntods in der Transplantationsmedizin (Organspende).*

Im „Psyhyrembel“ (1994), 257. Auflage, heißt es zum „Hirntod“:<sup>483</sup>

*Hirntod: (engl.) brain death; Tod\* des Individuums durch Organtod des Gehirns; irreversibler Ausfall aller Hirnfunktionen bei evtl. noch aufrechterhaltener Kreislauffunktion; Voraussetzungen für die Feststellung des H.: Vorliegen einer schweren Hirnschädigung u. hochwahrscheinlicher Ausschluß einer reversiblen Störung der Hirnfunktionen od. von Bewußtseinsstörungen bekannter Urs., z. B. nach Vergiftungen; Kriterien: 1. neurol.-klin. Zeichen (müssen wiederholt geprüft werden): Koma, Ausfall der Spontanatmung (s. Apnoetest), Pupillenstarre, fehlender Korneal-, Tracheal- u. Pharyngealreflex, fehlender okulozephaler Reflex, keine Reaktion auf Schmerzreize im Versorgungsgebiet des N. trigeminus; 2. Resultate apparativer Zusatzuntersuchungen: bei einer über 30 Min. kontinuierlich abgeleiteten Elektroenzephalographie\* entspr. den Kriterien der Deutschen EEG-Gesellschaft muß eine isoelektrische Linie (no DCA: Abk. f. no detectable cortical activity) bestehen, akustisch evozierte Potentiale dürfen nicht nachweisbar sein (bei Säuglingen bzw. Kleinkindern Wiederholung nach 72 bzw. 24 Std. erforderlich). Ein Zirkulationsstillstand innerh. der Gehirngefäße kann durch Angiographie\* od. Doppler-Sonographie nachgewiesen werden u. beweist ebenfalls den H. (No-flow-Phänomen). Die Feststellung des H. ist eine der notwendigen Voraussetzungen für die Entnahme von Organen zur Transplantation\*; sie wird von zwei Ärzten unabhängig voneinander durchgeführt, die nicht Mitglieder des Transplantationsteams sein dürfen.*

Im „Psyhyrembel“ (2002), 259. Auflage, heißt es zum „Hirntod“:<sup>484</sup>

*Hirntod: (engl.) brain death; Tod\* des Individuums durch Organtod des Gehirns; irreversibler Ausfall aller Hirnfunktionen bei evtl. noch aufrechterhaltener Kreislauffunktion u. Atmung; Pathol./Anat.: das reaktionslose Gehirn wird durch Infiltrate von den Stellen, die noch durchblutet werden (Sehnerv, Hypophyse, Zervikalmark), abgegrenzt. Durch den maximal erhöhten Binnendruck werden Teile des Kleinhirns in den Spinalkanal hineingepresst. Voraussetzungen für die Feststellung des H.: schwere Hirnschädigung u. Ausschluss einer reversiblen Hirnfunktionsstörung sowie von Bewusstseinsstörungen bekannter Urs., z. B. nach*

481 Roche Lexikon Medizin. 2. Aufl. München 1987, 789.

482 Roche Lexikon Medizin. 3. Aufl. München 1993, 753.

483 Psyhyrembel. 257. Auflage. Berlin 1982, 640.

484 Psyhyrembel. 257. Auflage. Berlin 1982, 640.



Vergiftung; Kriterien: 1. neurol.-klin. Zeichen (wiederholt prüfen!): Koma, Ausfall der Spontanatmung (s. Apnoetest), Pupillenstarre, fehlender Korneal-, Tracheal- u. Pharyngealreflex, fehlender okulocephaler Reflex, keine Reaktion auf Schmerzreize im Versorgungsgebiet des N. trigeminus; diese Ausfallerscheinungen gelten als beweisend für den H., wenn sie bei primärer Hirnschädigung mind. 12 Std., bei sekundärer drei Tage lang bestehen. 2. Resultate apparativer Zusatzuntersuchungen: bei einer über 30 Min. kontinuierlich abgeleiteten Elektroenzephalographie\* entspr. den Kriterien der Deutschen EEG-Gesellschaft muss eine hirnelektrische Stille (no DCA: Abk. für no detectable cortical activity) bestehen; die Wellen III-V akustisch evozierter, früher Hirnstammpotentiale dürfen nicht nachweisbar sein (bei Säuglingen bzw. Kleinkindern Wiederholung nach 72 bzw. 24 Std. erforderlich). Ein Zirkulationsstillstand innerh. der Gehirngefäße kann durch Angiographie, Doppler-Sonographie od. Perfusionsszintigraphie nachgewiesen werden u. beweist ebenfalls den H. (No-flow-Phänomen). Die Feststellung des H. ist nach dem Transplantationsgesetz eine der notwendigen Voraussetzungen für die Organentnahme zur Transplantation beim toten Spender. Sie ist grundsätzlich von zwei dafür qualifizierten Ärzten unabhängig voneinander durchzuführen, die nicht Mitglieder des Transplantationsteams sein dürfen.

## 5 Zusammenfassung

Betrachtet man die Todesfeststellung der letzten 250 Jahre, so stellt man einen kurvenreichen und schwierigen Weg fest, der verschiedene Hürden aufweist. An der Hürde „Hirntodkonzept“ wird seit den 1960er Jahren immer wieder versucht zu rütteln, aber vergeblich. Das Hirntodkonzept ist in sich schlüssig. Es ist unvorstellbar, dass es in den nächsten Jahrzehnten oder gar Jahrhunderten als überholt gelten muss :

### 1. Todesverständnis

Im 18. Jh. galt jemand für tot, der sich aus eigener Kraft nicht mehr bewegte. Heute wissen wir, dass sich Menschen in einem todesähnlichen Zustand befinden können, der kaum wahrnehmbare Lebenszeichen wie Puls und Atmung besitzt.

Die ersten erfolgreichen Reanimationen am Ende des 18. Jh. ließen die Frage aufkommen: waren die Menschen, die man erfolgreich reanimierte, nur zum Schein tot. In Verbindung mit falschen Todesfeststellungen blühte im 19. Jh. der Scheintod-Glaube auf und ergriff die ganze Menschheit.

Im 19. Jh. sah man jemanden für tot an, wenn er dazu erkaltete. Leben verband man mit Wärme. Daher wurden „Scheintote“ zur „Reanimation“ in ein warmes Bett oder gar ans Feuer gelegt, damit sich ihr Körper wieder erwärme und so das Leben wieder zurückkehre.

Immer mehr setzte sich durch, dass das Erlöschen von Atmung und Herzschlag sichere Todeszeichen waren, wenn man den Menschen nicht mehr erfolgreich reanimieren konnte.

Mit der Einführung der maschinellen künstlichen Beatmung in der Mitte der 1950er Jahre wurden Hirntote geschaffen. Die Medizin kam bereits in den 1950er Jahren zu der Erkenntnis, dass nach der Feststellung des Hirntodes das Herz binnen 8 Tagen unweigerlich zum Stillstand kam. Damit war klar, dass sich Hirntote in einem unabwendbaren Sterbeprozess befinden, dass sie Sterbende sind.

Eine Nicht-Durchblutung des Gehirns führte zum Hirntod. In Folge dessen sterben die Gehirnzellen ab. Es kommt nicht nur zu einem irreversiblen Totalausfall von Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm. Nach einigen Tagen des Hirntods löst sich die Gehirnstruktur auf. Das Gehirn verflüssigt sich. Dies wurde bereits Ende der 1950er Jahre von verschiedenen Medizinern beschrieben.

In den 1960er Jahren kamen die Mediziner immer mehr zur Erkenntnis, dass Hirntote keine Sterbenden sind, sondern Tote. Ihnen sind alle kognitive Fähigkeiten erloschen. Dazu ist die Selbstregulierung des Körpers (Homöostase) schwer geschädigt. Der Blutkreislauf kann nur durch massiven Einsatz der Intensivmedizin aufrecht erhalten werden. Um ein Recht zu haben, ggf. auch gegen den Willen der Hinterbliebenen, nach der Feststellung des Hirntodes die Therapie aktiv zu beenden, wurde der Hirntod als neues Todeskriterium eingeführt.

### 2. Todesfeststellung

Im 19. Jh. bestand die Todesfeststellung meist aus der Trennung von Scheintod und Tod. Niemand sollte scheintot bestattet werden. Hierzu sind verschiedene Maßnahmen zu unterscheiden:

- Reanimationsversuch

Mit mehr oder weniger sinnvollen Methoden wurde versucht, das im Körper steckende Leben zu wecken und den Scheintoten ins Leben zurück zu holen. Zu den sinnlosen Methoden gehörte es, den Körper zu erwärmen. Zu den sinnvollen Methoden gehörten die künstliche Beatmung oder die Herzdruckmassage.

- Weckrufe des Lebens

Mit Zufügung von großen Schmerzen wurde versucht, das im Körper vermutete Leben zu wecken. So wurden Gegenstände unter die Fingernägel geschoben, die Fußsohlen mit glühendem Eisen verbrannt, u.v.a.m.

- Todeszeichen

Die untersuchten 250 Jahre sind gekennzeichnet von einer Suche nach sicheren Todeszeichen. Diese waren mit Totenstarre, Totenflecken, erfolgloser Reanimation, mit dem Leben unvereinbarer Verletzung und Verwesung in der 1. Hälfte des 20. Jh. abgeschlossen.

Mit dem Hirntod kam ein weiteres sicheres Todeszeichen hinzu. Weil der Hirntod aber ein unsichtbarer Tod ist und nur durch eine korrekt durchgeführte Hirntoddiagnostik festgestellt werden kann, tun sich einige Menschen schwer, den Hirntod als Tod des Menschen anzuerkennen. Dies eröffnete auch die Möglichkeit der Organentnahme, bevor die intensivmedizinische Behandlung beendet wurde..

- Wartezeiten

Es wurden Wartezeiten eingeführt, innerhalb dieser Frist niemand bestattet werden durfte. Auch das war eine Maßnahme, damit „Scheintote“ noch ins Leben zurückkehren können.

Damit verbunden war die Schaffung der Leichenhäuser. Ursprünglich waren sie mit einem Mann besetzt, der darauf zu achten hatte, ob sich unter den Aufgebahrten auch ein Scheintoter befand. Ende des 19. Jh. wurden hohe Prämien ausgesetzt, wenn nach der Todesfeststellung durch einen approbierten Arzt im Leichenhaus jemand wieder ins Leben zurückgekehrt ist. Es wurde aber nie davon berichtet, dass diese Prämie abgeholt wurde.

- Tötung

War es mit den allgemeinen Mitteln nicht möglich, den Menschen zu reanimieren und das im Körper vermutete Leben zu wecken, so sah man eine hypothetische Wahrscheinlichkeit, dass ein bisher nicht gewecktes Leben in dem Körper schlummert. Damit der Mensch, bereits bestattet im Sarg, nicht zum Leben zurückkehren kann, wurde dem Körper eine tödliche Verletzung zugefügt. Bekannt ist hierbei der sogenannte „Herzstich“. Dabei wurde dem Körper ein Dolch ins Herz gestoßen. Damit war absolut sicher das letzte Leben im Körper erloschen und dem Menschen unmöglich, wieder ins Leben zurückzukehren.

### 3. Stationen zum Hirntodkonzept

Das Hirntodkonzept hat eine jahrelange Entwicklung, die von verschiedenen Personen und Gremien vorangebracht wurde. Hier einige der wichtigsten Stationen auf diesem Weg:

- Am 17.01.1959 Pierre Wertheimer et.al. beschreiben 4 Hirntote.<sup>485</sup> Im Titel heißt es „sur la mort du système nerveux“ (Der Tod des Nervensystems).
- Im Juli 1959 berichten Pierre Mollaret und Maurice Goulon von 23 Hirntoten.<sup>486</sup> Sie bezeichnen diesen Zustand als „coma dépassé“, als „jenseits des Komas“.

<sup>485</sup> Dag Moskopp: Hirntod, 75f.

<sup>486</sup> Dag Moskopp: Hirntod, 76.

- Am 11.03.1960 beenden Pierre Wertheimer et.al. die Therapie am 13jährigen Hirntoten.<sup>487</sup> Es ist die älteste dokumentierte Therapiebeendigung an einem Hirntoten, unmittelbar nach Feststellung des Hirntodes.
- Am 24.08.1962 gab Pierre Mollaret zu, dass man beim „Coma dépassé“ den Eindruck hat, „daß ein maskierter Tod bereits sein Werk vollendet hat.“<sup>488</sup> Noch im gleichen Jahr schrieb Mollaret: „Fälle des 'überschrittenen Komas' ('Coma dépassé'), wo wir Tests finden müßten, welche es uns erlauben, zu erkennen, daß der Tod – so maskiert er auch sein mag – bereits eingetreten ist. Mir persönlich scheinen derartige Tests momentan noch nicht mit absoluter Gültigkeit zu existieren.“<sup>489</sup>
- Am 10.05.1966 führte die Kommission die französische „Académie Nationale de Médecine“ den irreversiblen Funktionsverlust des Gehirns als neues Todeskriterium ein.<sup>490</sup>
- Am 13./14.06.1968 beschloss das der WHO und der UNESCO nahestehende Council for International Organisation of Medical Science (C.I.O.M.S.): Die Organe sollten nach dem Hirntod des Spenders entnommen werden.<sup>491</sup>
- Am 05.08.1968 setzte das Ad-Hoc-Komitee der Harvard University den Hirntod dem Tod des Menschen gleich. Hierzu veröffentlichte es eine brauchbare Hirntoddiagnostik, bezeichnete jedoch den Hirntod als „irreversible coma“, was sachlich falsch ist und zu folgenschweren Missverständnissen führte.<sup>492</sup>
- Vom 05.-09.08.1968 trafen sich Delegierte aus 26 Ländern von 64 WMA-Mitgliedsnationen in Sydney zur 22. Weltärzteversammlung. Sie setzten den Hirntod dem Tod des Menschen gleich und beschlossen, dass die den Hirntod feststellenden Ärzte (mind. 2) nicht an der Organtransplantation mitwirken dürfen.<sup>493</sup>
- Vom 11.-16.11.1968 tagte die 22. Österreichische Ärztetagung in Wien. Der katholische Theologe Karl Rahner sagte dort in seinem Vortrag: „Der Theologe wird also auch von seinen eigenen Ausgangspositionen her dafür plädieren, daß menschliches Leben als menschliches beendet ist, wo der Gehirntod eingetreten ist, auch wenn er die genauen Kriterien für dieses Eintreten dem Biologen und Mediziner überlassen muß.“<sup>494</sup>

Die Aussage, dass im Jahr 1968 das Ad-Hoc-Komitee den Hirntod erfunden habe, um an die begehrten Organe zu gelangen, ist unzutreffend. Statt dessen muss von einer weltweiten Erkenntnis der Medizin gesprochen werden, die von verschiedenen Kontinenten aus das Hirntodkonzept einen Schritt weiter voran brachte.

487 Wertheimer P, de Rougemont J, Descotes J, Juvet M (1960) Données angiographiques relatives à la mort de l'encéphale au cours des comas avec arrêt respiratoire (Coma dites dépassés). Lyon Chirurgical 56: 641-648. Nach: Moskopp D (2017) Brain Death: Past, Present and Future. J Intensive & Crit Care Vol. 3 No. 3:32. Nach: <https://criticalcare.imedpub.com/brain-death-past-present-and-future.pdf>

488 Pierre Mollaret: Über die äußersten Möglichkeiten der Wiederbelebung. Die Grenzen zwischen Leben und Tod. In: MMW 34/1962, 1543.

489 P. Mollaret: Beantwortung einer Frage. In: Münch. med. Wschr. 104,2 (1962), 2197.

490 Giovanni Maio: Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Stuttgart 2012, 282.

491 Stellungnahme des Weltärztebundes und der C.I.O.M.S.: Herzverpflanzung - Todeszeitbestimmung. In: Bay. Äbl. 23 (1968), 712f.

492 The Ad-Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death: A definition of irreversible coma. JAMA 1968; 205:337-340.

493 C Machado, J Korein, Y Ferrer, L Portela, M de la C García, M Chinchilla, Y Machado, Y Machado, J M Manero: The Declaration of Sydney on human death. In: J Med Ethics. 2007 Dec; 33(12): 699-703. Nach: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2598225>

494 Van-Swieten-Gesellschaft, G. Harrer (Hg.): Zweiundzwanzigste Österreichische Ärztetagung Wien. Wien 1969.

#### 4. Richtlinie zur Feststellung des Hirntods

Im Jahr 2023 kam eine neue Entwicklung der Kritik am Hirntodkonzept auf. Man versucht vor Gericht zu erstreiten, dass die aktuelle Richtlinie zur Feststellung des Hirntods in diesem konkreten Fall nicht anwendbar sei. Hierbei geht man den falschen Weg:

Mit der Verabschiedung des TPG im Jahr 1997 übertrug der Gesetzgeber der BÄK die Richtlinienkompetenz für die Erstellung und regelmäßige Aktualisierung der Richtlinie zur Feststellung des Hirntods. Seit dem Jahr 2015 muss diese Richtlinie vom BMG genehmigt werden.

Wenn Jemand der Meinung ist, dass in seinem konkreten Fall diese Richtlinie unzutreffend sei, hat er dies nicht auf dem Rechtsweg<sup>495</sup> anzugehen, sondern hat sich an die BÄK und das BMG zu wenden. Da die BÄK die Richtlinie aktualisiert und das BMG die Richtlinie lediglich genehmigt, ist bei derartigen Fragen die BÄK die vorrangige Adresse.

#### 5. Hirntoddiagnostik im Licht des Rechts

Jede Durchführung der Hirntoddiagnostik stellt im juristischen Sinne eine Todesfeststellung dar, zu der jeder hierfür kompetente Arzt<sup>496</sup> gemäß dem BestG verpflichtet ist. Dies hat er – wie jede andere Todesfeststellung – „unverzüglich“<sup>497</sup> durchzuführen. Nach dem BestG ist dem untersuchenden Arzt der Zutritt zum Hirntoten zu gewähren. Eine Verweigerung dieses Zutritts steht unter Strafe. Damit ist klar:

- Die Durchführung einer Hirntoddiagnostik kann von niemanden abgelehnt werden, weder vom Hirntoten zu seiner Lebzeit, noch von seinen Angehörigen.
- Die Durchführung einer Hirntoddiagnostik hat möglichst früh zu erfolgen.
- Wird die Frage „hirntot oder nicht hirntot?“ von den Angehörigen vor Gericht getragen, hat sich das Gericht „unverzüglich“ um eine Klärung dieser Frage zu kümmern.<sup>498</sup>

#### 6. Sachverständige der Todesfeststellung

Bereits Galenos (~130-216) legte großen Wert darauf, dass der Arzt die Anzeichen des Sterbens erkannte. Wenn es soweit war, zog sich der Arzt zurück, damit der Sterbende noch seine letzten Dinge regeln konnte. Dieses Verständnis lag bei den Ärzten bis weit ins 19. Jh. hinein vor. Die Feststellung des Todes durch einen approbierten Arzt war um 1800 eine Ausnahme.

Bis ins 19. Jh. stellten daher meist medizinische Laien den Tod des Menschen fest. Dies führte zu einer hohen Anzahl von „Scheintoten“. Das Wissen um Reanimation führte dazu, dass in unklaren Situationen eher der Arzt gerufen wurde, damit er den Menschen wieder ins Leben zurück hole.

---

495 Juristen haben nicht die hierfür notwendige Expertise, auch kein Richter. Selbst ein in einer Klinik oder auf der Intensivstation arbeitender Arzt hat nicht die Kompetenz, eine HTD auch nur durchzuführen. Hierfür müssen es Fachärzte sein, die „über eine mehrjährige Erfahrung in der Intensivbehandlung von Patienten mit akuten schweren Hirnschädigungen verfügen“ oder ein Neurologe oder Neurochirurg.

AdV: Wenn in einem Haus ständig der Fehlerstrom-Schutzschalter auslöst, ruft man keinen Dachdecker, weil der um die Ecke wohnt. Man ruft dann einen Elektriker, weil es ein elektrisches Problem ist. Ähnlich ist es auch bei Einwänden gegen die Richtlinie zur Feststellung des Hirntods.

496 Die Anforderungen an die untersuchenden Ärzte legt die BÄK und das BMG in der Richtlinie zur Feststellung des Hirntodes fest. Seit dem Jahr 2015 muss einer der beiden untersuchenden Ärzte ein Facharzt der Neurologie oder der Neurochirurgie sein.

497 In einigen Bundesländern ist – je nach Bundesland – dieses „unverzüglich“ konkret mit binnen 6, 8 oder 12 Stunden angegeben, in der die Leichenschau zu erfolgen hat.

498 Es darf nicht wieder vorkommen, dass – wie bei der Hirntoten in Weiden – die gerichtlich angeordnete HTD erst Monate später durchgeführt wird.



7. Nimmt man allein den Brockhaus als Quelle, so kämpften die Ärzte im 19. Jh. über 40 Jahre – von 1855 bis 1896 - darum, dass nur approbierte Ärzte den Tod eines Menschen feststellen dürfen. Dabei hatten Volk und Staat ein Interesse an einer zuverlässigen Leichenschau: Das Volk wollte die Bestattung von Scheintoten verhindern. Der Staat wollte durch die Aufdeckung ansteckender Krankheiten Epidemien verhindern, strafbare Handlungen (z.B. Misshandlungen) sowie Verbrechen (z.B. Mord) aufdecken und er wollte für seine Gesundheitspolitik einen Überblick haben, an was die Menschen verstorben waren.

Es mehrten sich die Argumente, dass nicht länger ein medizinischer Laie den Tod des Menschen feststellt, sondern ein approbierter Arzt:

- Der Arzt wusste in der betreffenden Situation die richtigen Reanimationsmaßnahmen anzuwenden, was sicherlich vielen Menschen das Leben gerettet hat.
- Der Arzt kann „Scheintod“ sicher vom Tod unterscheiden.<sup>499</sup>
- Der Arzt konnte die Todesursache besser erkennen, was für die Statistik der Gesundheitspolitik dienlich war.
- Der Arzt konnte ansteckende Krankheiten erkennen und mit seiner Meldung an das Gesundheitsamt eine Ausbreitung eindämmen.
- Der Arzt konnte klarer den Tod in Folge von Vernachlässigung oder Kurpfuscherei erkennen.
- Der Arzt konnte eine Tötung bzw. einen Mord eher erkennen und damit der Strafverfolgung hilfreich zuarbeiten.

So kam es, dass sich die Ärzte seit Mitte des 19. Jh. dafür einsetzten, dass nur approbierte Ärzte den Tod eines Menschen feststellen dürfen. Diese Bemühungen dauerten Jahrzehnte. So gab es in Deutschland noch in den 1930er Laien, die den Tod des Menschen feststellen durften.

Auch darf ein Arzt an der Durchführung einer Leichenschau – auch eine HTD ist eine Leichenschau – nicht gehindert werden. Dies würde den Tatbestand einer Ordnungswidrigkeit bedeuten. Daher muss kein Arzt die Angehörigen hierzu die Erlaubnis einholen. Der Arzt handelt bei der Durchführung der Leichenschau im gesetzlichen Auftrag.

Eine Anekdote:

In den Jahren des Ersten Weltkrieges wurden Ärzte an der Front gebraucht. Daher wurden Krankenschwestern dafür ausgebildet, den Tod von Menschen festzustellen und die entsprechenden Meldungen abzugeben.

---

<sup>499</sup> So läuft ein Arzt kaum Gefahr, die Kältestarre als Totenstarre anzusehen und damit eine falsch positive Todesbescheinigung auszustellen.

## 8. Fazit

Der Aussage, dass seit Jahrhunderten der Tod anhand von Totenflecken und Totenstarre als sichere Todeszeichen festgestellt wurde, muss nach Sichtung der Schriften aus den letzten 250 Jahren entschieden widersprochen werden.

In den letzten 250 Jahren hat sich die Todesfeststellung grundlegend verändert. Aus heutiger Sicht war die Todesfeststellung vor 250 Jahren eher ein in-Augenschein-nehmen eines regungslosen Körpers. Seit Mitte des 19. Jh. bemühten sich die Ärzte darum, dass nur ein approbierter Arzt den Tod eines Menschen durchführen darf. Ende des 19. Jh. kamen die ersten Vorschriften auf, die eine Bestattung nur dann erlaubten, wenn ein von einem Arzt unterzeichnete Todesbescheinigung vorlag. Seit Mitte des 20. Jh. war diese Forderung in Deutschland flächendeckend eingeführt. In den 1960er Jahren kam die Todesfeststellung nach Hirntod mit hinzu. Um hier eine höhere Sicherheit zu erlangen, verlangte die BÄK für die Durchführung der HTD eine immer höhere Qualifikation der Ärzte:

- Seit dem Jahr 1982 müssen es zwei Ärzte sein, einer von ihnen muss „wenigstens einer über mehrjährige Erfahrung in der Intensivbehandlung von Patienten mit schwerer Hirnschädigung verfügen.“.
- Seit 1997 müssen beide untersuchenden Ärzte diese Erfahrung besitzen.
- Seit 2015 muss einer der beiden ein Neurologe oder Neurochirurg sein.

So wurden die Anforderungen an die Feststellung des Hirntodes immer höher geschraubt und die Hirntoddiagnostik zur sichersten Diagnose in der Medizin entwickelt. Die Todesfeststellung nach Hirntod wurde somit immer mehr die Arbeit eines medizinischen Spezialisten und für einen medizinischen Laien immer weniger verständlich.

Aus diesem Grunde sollte auch im 3. Jahrtausend die Feststellung des Todes allein den Ärzten überlassen werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn vor Gericht behauptet wird, dass der Hirntote noch Lebenszeichen besäße. Es steht keinem Richter zu, ohne sofortige Hinzuziehung eines Neurologen oder Neurochirurgen irgend ein Urteil über Hirntod oder Hirntote zu fällen.