

Fachhochschule für
Verwaltung und Rechtspflege Berlin
- University of Applied Sciences -



Fachbereich 3 (Polizeivollzugsdienst)

Heft 48

Franziska Spormann

**Vergleich der Regelungen zur
Leichenschau in Frankreich
und Deutschland und ihre
Auswirkungen auf das Erkennen
von nicht natürlichen Todesfällen**

Beiträge aus dem Fachbereich 3

Franziska Spormann

Masterarbeit

Vergleich der Regelungen zur Leichenschau in Frankreich und Deutschland und ihre Auswirkungen auf das Erkennen von nicht natürlichen Todesfällen

Beiträge aus dem Fachbereich 3 (Polizeivollzugsdienst)
der Fachhochschule für Verwaltung und Rechtspflege Berlin

Herausgeber	Dekan des Fachbereichs 3 Alt-Friedrichsfelde 60, 10315 Berlin Telefon: (0 30) 90 21 44 16, Fax: (0 30) 90 21 44 17 E-Mail: g.ringk@fhvr-berlin.de (Sekretariat)
© copyright	Bei den jeweiligen Autorinnen und Autoren.
Nachdruck	Mit Quellenhinweis gestattet. Belegexemplar erwünscht.
ISBN	3-933633-73-7

Vergleich der Regelungen zur Leichenschau in Frankreich und Deutschland und ihre Auswirkungen auf das Erkennen von nicht natürlichen Todesfällen

Masterarbeit

an der Fachhochschule für Verwaltung und Rechtspflege Berlin und an der
Technischen Fachhochschule Wildau

im Studiengang Europäisches Verwaltungsmanagement

Vorgelegt von: Franziska Spormann

Erstgutachter: Prof. Dr. Joachim Ciupka, FHVR Berlin

Zweitgutachter: Dr. Tanja Hollmann, Humboldt Universität Berlin

Vorgelegt am: 08.07.2005

1. Inhaltsverzeichnis

1	Inhaltsverzeichnis	6
2	Abkürzungsverzeichnis	8
3	Vorbemerkungen	9
4	These	10
5	Einleitung	10
5.1	Markante Zahlen	10
5.2	Definition Leichenschau	11
5.3	Definition nicht natürlicher Todesfälle	11
6	Die idealtypische Leichenschau	13
6.1	Leichenerscheinungen	13
	Sichere Todeszeichen	13
	Unsichere Todeszeichen	14
6.2	Korrekte Vorgehensweise bei der äußeren Leichenschau	15
	Veranlasser der Leichenschau	15
	Ort der Leichenschau	16
	Identifikation	16
	Ausstattung	16
	Praktische Leichenschau	16
	Systematische Untersuchung des Leichnams	17
	Anamnese/Umstände des Todeseintritts	22
	Sonstige Maßnahmen des Leichenschauers	22
6.3	Obduktionen (innere Leichenschau)	23
6.4	Problembereiche	23
	Todesfälle in der Arztpraxis	23
	Leichenschau bei iatrogenen Todesfällen in der Klinik	24
	Notarzt und Leichenschau	24
	„Rücksichtnahme“ auf Angehörige, eigene Interessen, Polizei u.a.	24
6.5	Fehlerquellen	24
	Praktische Fehler	25
	Feststellung des Todes	25
	Natürlicher oder gewaltsamer Tod	25
	Fehlerquellen polizeilicher Todesermittlungen	26
7	Rechtsvorschriften	27
7.1	Gesetzliche Regelungen in Deutschland	27
	Bundesrechtliche Bestimmungen	27
	Landesrechtliche Bestimmungen des Leichenwesens	29
7.2	Gesetzliche Regelungen in Österreich und der Schweiz	36
	Österreich	36
	Schweiz	36
7.3	Gesetzliche Regelungen in Frankreich	37
	Code de Procédure Pénale	37
	Code Pénal	41
	Code Civil	42
	Code de la santé publique	42
	Code Général des Collectivités Territoriales	42
	Certificat de décès	43
	Obduktionen	44

7.4	Vergleichende Gegenüberstellung	45
8	Landesspezifische Besonderheiten.....	48
8.1	Deutschland	48
8.2	Frankreich.....	49
9	Todesstatistiken.....	51
9.1	Weltgesundheitsorganisation	51
9.2	Deutschland	52
	Todesursachen	52
	Nicht natürliche Todesursachen	53
	Rechtsmedizinische Institute.....	54
	Obduktionsrate	55
	Ausbildung des leichenschauenden Arztes in Deutschland	55
9.3	Frankreich.....	55
	Todesursachen	56
	Nicht natürliche Todesfälle	56
	Rechtsmedizinische Institute.....	58
	Obduktionsrate	58
	Ausbildung der Mediziner.....	59
9.4	Vergleichende Gegenüberstellung	59
	Natürliche Todesfälle	59
	Nicht natürliche Todesfälle	61
10	Fazit.....	63
10.1	Verbesserungsvorschläge	64
	Deutschland	64
	Frankreich.....	65
	Europa	66
10.2	Ausblick	67
11	Literaturverzeichnis.....	68
12	Erklärung	71
13	Anhang	72
13.1	Fehler bei der Leichenschau.....	72
13.2	Landesgesetzliche Bestimmungen über das Leichenwesen	73
13.3	Aufteilung nicht natürlicher Todesursachen 2000	75
13.4	Aufteilung natürlicher Todesursachen in Deutschland 2000	76
13.5	Aufteilung natürlicher Todesursachen in Frankreich 2000.....	77
13.6	Nicht natürliche Todesfälle Frankreich und Deutschland im Vergleich.....	78
13.7	Fallbeispiel aus dem Jahre 1981.....	79

2. Abkürzungsverzeichnis

Kürzel	Erklärung
AiP	Arzt im Praktikum
Art.	Artikel
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BRD	Bundesrepublik Deutschland
bsp.	beispielsweise
ca.	circa
Code Civil	Entspricht dem deutschen BGB
Code de Procédure Pénal	Entspricht der deutschen StPO
Code Pénal	Entspricht dem deutschen StGB
DDR	Deutsche Demokratische Republik
EGV	Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft
etc.	et cetera
evtl.	eventuell
GBI.	Gesetzesblatt
gem.	gemäß
ggf.	gegebenenfalls
gr.	griechisch
i.e.	id est
i.S.d.	im Sinne des
i.S.v.	im Sinne von
lat.	lateinisch
Nr.	Nummer
o.ä.	oder ähnliches
o.g.	oben genannt
RiStBV	Richtlinien für das Straf- und Bußgeldverfahren
SAMU	Service d'aide médicale urgente
sog.	sogenannt
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
u.a.	unter anderem
u.ä.	und ähnliches
usw.	und so weiter
VO	Verordnung
WHO	World Health Organisation = Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel

3. Vorbemerkungen

Die Inhalte folgender Ausführungen sind mit meinem Mentor, Prof. Dr. Joachim Ciupka, abgestimmt.

Mein ursprüngliches Vorhaben, die Gesetzgebung sämtlicher EU-Mitgliedstaaten bezüglich der Leichenschau zu untersuchen und vergleichend darzustellen, erwies sich auf Grund des begrenzten Umfangs der Arbeit und der Kürze der Zeit als zu umfangreich. So habe ich mich auf einen Vergleich zwischen der Bundesrepublik Deutschland und dem Nachbarland Frankreich beschränkt.

Auf die deutschsprachigen Nachbarländer Schweiz und Österreich wird nur am Rande eingegangen, da sich die Gesetzgebung in diesen Ländern nicht grundlegend von der in Deutschland unterscheidet. Darüber hinaus existiert bereits umfassende vergleichende Literatur zu den Themen Leichenschau und Rechtsmedizin.

Der Vergleich zwischen Deutschland und Frankreich bot sich für mich auch deshalb an, da diese Länder den ursprünglichen Kern bei der Herausbildung des europäischen Gedankens bildeten. Die Annäherung Frankreichs und Deutschlands nach dem Zweiten Weltkrieg beeinflusste und förderte das Zusammenwachsen Europas.

Außerdem schien mir ein derartiger Vergleich auch hinsichtlich der unterschiedlichen staatlichen Organisation – Zentralismus/Föderalismus – interessant. Welche Lösung ist besser? Wirkt sich die Staatsform auch auf solche Felder aus?

Obwohl in der staatlichen Organisation sehr verschieden, lassen sich die Nachbarn Frankreich und Deutschland sehr gut vergleichen. Beide Länder haben westeuropäische Standards. Die gesundheitliche Versorgung ist auf gleichem Niveau und die Lebensbedingungen sind sehr ähnlich.

Thema dieser Arbeit ist insbesondere die äußere Leichenschau. Auf die innere Leichenschau, die Obduktion, wird weniger detailliert eingegangen. Allerdings kann das Obduktionswesen auf Grund der thematischen Nähe zur Leichenschau auch nicht ganz ausgeklammert werden.

Für das Erstellen dieser Arbeit war es erforderlich, viele fremdsprachige Texte, Gesetze, Verordnungen, Bücher und Arbeiten zu lesen und zu übersetzen. Trotz guter Sprachkenntnisse in Englisch und Französisch nahm diese Arbeit viel Zeit in Anspruch. Zudem gibt es nach meiner Recherche über das Thema Leichenschau und Leichenwesen in Frankreich keine deutschen Studien oder sonstige Abhandlungen.

Auch ein Rechtsvergleich oder Vergleich der Praxis zwischen Deutschland und Frankreich war in der deutschen Bibliographie nicht auffindbar.

4. These

Das Erkennen nicht natürlicher Todesfälle ist abhängig von der Regelung und der praktischen Umsetzung der Leichenschau.

5. Einleitung

Dem Rechtsgut Leben kommt sowohl in Deutschland als auch in Frankreich höchster Verfassungsrang zu. Daher sollte man erwarten, dass es besonders exakte und detaillierte Regelungen zur sicheren Erkennung von Verletzungen dieses Rechtsguts gibt.

Unter deutschen Todesermittlern kursiert jedoch ein zynischer Spruch: Wenn auf jedem Grab, in dem ein Ermordeter beigesetzt ist, eine Kerze brennen würde, wären unsere Friedhöfe des Nachts taghell erleuchtet.

In der einschlägigen deutschen kriminalistischen-, juristischen und/oder gerichtsmedizinischen Literatur findet man kaum ein Werk, in dem nicht bereits in den Anfangskapiteln auf die immense Wichtigkeit, Besonderheit und Verantwortlichkeit bezüglich der Leichenschau hingewiesen wird.

Schon 1978 schrieb Dr. med. Dierk Metter: „Die Dunkelziffer bei Tötungsdelikten hängt wesentlich von der Qualität der ärztlichen Leichenschau ab“¹.

In Deutschland existieren sehr viele kritische Veröffentlichungen über das Thema Leichenschau und Rechtsmedizin. Immer wieder wurden gesetzliche Änderungen gefordert, um eine qualitative Verbesserung der Leichenschau zu erreichen. Rechtsmediziner, Kriminalpolizisten, Juristen und Journalisten schreiben und berichten immer wieder über die Fehler bei der Leichenschau und die diesbezüglichen `mangelhaften` gesetzlichen Regelungen in Deutschland.

Im Gegensatz dazu wird in Frankreich viel weniger kritisch über dieses Thema berichtet und geschrieben. Im Rahmen meiner Recherchen fand ich überhaupt keine französische Literatur, die die gesetzlichen Regelungen und die praktische Umsetzung bezüglich der Leichenschau in Frankreich als verbesserungswürdig oder gar mangelhaft darstellte.

Worin liegen also die Unterschiede zwischen diesen beiden Ländern?

5.1. Markante Zahlen

In Deutschland leben ca. 82.000.000² Einwohner. Pro Jahr sterben knapp 900.000 Menschen. In Frankreich hingegen leben nur ca. 58.000.000³ Menschen, im Jahr sterben knapp 550.000 Personen. Die Sterberate ist somit in beiden Ländern nahezu gleich (ca. 1 %).

¹ Metter, S. 155.

² Vgl. Fischer Weltalmanach 2003, S. 183.

Allerdings unterscheiden sich die Zahlen in Bezug auf natürliche und nicht natürliche Todesfälle gravierend!

Nach der internationalen Statistik der Weltgesundheitsorganisation sterben in Frankreich pro Jahr mehr Menschen eines nicht natürlichen Todes als in Deutschland, obwohl dort die Zahl der Einwohner und der Sterbefälle insgesamt niedriger ist.

Versuche, diese Diskrepanz zu erklären bzw. die Gründe zu eruieren, soll die Arbeit liefern.

5.2. Definition Leichenschau

Unter einer Leichenschau versteht man die äußere Besichtigung des Leichnams. Sie dient der Feststellung des Todes, des Todeszeitpunkts, der Todesursache und der Todesart. Unterschieden wird zwischen der inneren (Leichenöffnung oder Obduktion) und der äußeren Leichenschau. Streng genommen ist es durch die äußere Besichtigung allein nicht möglich, eine eindeutige Todesursache zu diagnostizieren.

Bei der Obduktion werden die inneren Organe mit ihren krankhaften Veränderungen untersucht. Obduktionen werden immer von einem Arzt durchgeführt. Unterschieden wird zwischen rechtsmedizinischer und klinischer Obduktion. Eine rechtsmedizinische Leichenschau wird auf Anordnung des Staatsanwalts durch ein Institut für Rechtsmedizin durchgeführt, um zu klären, ob eine nicht natürliche Todesursache vorliegt. Im Gegensatz dazu wird eine klinische Obduktion zur Klärung von Erkrankungen und Krankheitszusammenhängen durchgeführt.⁴

Der Leichenschauer trägt eine große Verantwortung: für den Verstorbenen, dessen Angehörigen, die Rechtsordnung, aber auch für das Gemeinwesen. So ist die erste und wichtigste Aufgabe bei der Leichenschau die sichere Feststellung des Todes und zwar nicht nur im individuellen Interesse, sondern als allgemeingesellschaftlicher Anspruch. Übergeordneten Interessen dient auch eine möglichst sichere Feststellung von Todesursache und Grundleiden. Zur Gewährleistung der Rechtssicherheit ist das Erkennen der Todesart unabdingbar (z.B. zivil-, versicherungs- und versorgungsrechtliche Fragen). Genauso wichtig ist eine sichere Feststellung der Todeszeit für Folgeermittlungen, aber auch für erbrechtliche Ansprüche.

Die Leichenschau dient aber auch dem öffentlichen Interesse an der Aufklärung und Verfolgung von Tötungsdelikten.

5.3. Definition nicht natürlicher Todesfälle

Von einem natürlichen Tod wird gesprochen, wenn er auf eine krankhafte innere Ursache zurückzuführen ist.⁵

³ Vgl. Fischer Weltalmanach 2003, S. 311.

⁴ Vgl. www.khzi.de/www/fachbereiche/institute/pathologie/obduktion.php (Stand 11.05.2005)

⁵ Vgl. BDK, S. 18.

Im Gegensatz dazu ist ein nicht natürlicher Tod immer dann anzunehmen, wenn das Ableben nicht krankheitsbedingt ist, sondern äußere Ursachen den Tod bedingen. Dabei muss eine Kausalität zwischen der äußeren Einwirkung und dem Tod gegeben sein⁶. Dies ist dann der Fall, wenn Zeichen einer mechanischen, chemischen oder thermischen Einwirkung vorliegen und sich der Tod ohne diese Einwirkung nicht erklären lässt. Hierunter fallen alle

- Unfälle: z.B. Betriebsunfälle, häusliche Unfälle, ärztliche Kunstfehler, Verkehrsunfälle,
- Gewalttaten: z.B. Mord, Totschlag, Körperverletzung mit Todesfolge,
- Suizidhandlungen,
- Naturereignisse: z.B. Blitzschlag, Hochwasserkatastrophen, Erdbeben.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass der nicht natürliche Tod ein `vermeidbarer` Tod ist.

Neben natürlichen und nicht natürlichen Todesfällen existiert auch noch der Begriff der ungeklärten Todesart. Ein ungeklärter Tod liegt immer dann vor, wenn der Tod sich nicht durch eine bei der Person bekannte Krankheit erklären lässt.⁷ Darüber hinaus ist ungeklärt im Sinne des Leichenschaurechts auch die Frage, ob am Zustandekommen des Todes eine Einwirkung durch eigene oder fremde Hand beteiligt ist.⁸ Die Todesursache kann in solchen Fällen also nicht allein durch eine äußere Besichtigung des Leichnams, sondern nur durch eine Obduktion eindeutig festgestellt werden.

⁶ Vgl. Madea, S. 197.

⁷ Vgl. Glaum/Klose/Jäger, S. 10.

⁸ Vgl. Madea, S. 28.

6. Die idealtypische Leichenschau

Die ideale Leichenschau ist sehr umfangreich und mit einer nicht zu unterschätzenden psychischen Belastung (Verwesungsgeruch, Verunstaltungen, Berührungsängste etc.) verbunden. Fundiertes Wissen, ein gewisser Erfahrungsschatz und Belastbarkeit sind erforderlich. Allerdings darf Routine nicht zu fahrlässigem oder oberflächlichem Handeln führen.

6.1. Leichenerscheinungen

Die erste und wichtigste Aufgabe bei der Leichenschau ist die sichere Feststellung des eingetretenen Todes. Die Feststellung des eingetretenen Todes ist unproblematisch, wenn sichere Todeszeichen vorliegen. Unsicherheiten in der Feststellung des Todes treten insbesondere in der Zeitphase zwischen scheinbar leblosem Zusammenbrechen und der Ausbildung sicherer Todeszeichen auf.⁹

Sichere Todeszeichen

Zu den sicheren Todeszeichen zählen: Totenstarre, Totenflecke, Fäulnis und mit dem Leben nicht vereinbarende Körperzerstörungen.

Totenflecke

Totenflecke (lat. Livores) sind das als Folge des irreversiblen Herz-Kreislauf-Stillstandes am frühesten auftretende sichere Todeszeichen. Wenn das Herz aufhört zu schlagen, endet die Blutzirkulation und der Kreislaufstillstand tritt ein. Das Blut folgt der Schwerkraft und senkt sich in die tiefer gelagerten Blutgefäße (Hypostase). In Folge dessen erblässen die höher gelegenen Körperpartien, während sich in den tiefer gelegenen, abhängigen Körperpartien das Blut sammelt. Diese Blutfülle tritt etwa nach 20 bis 30 Minuten nach Todeseintritt von hellrot bis blauviolett in Erscheinung. Deutlich sind die sogenannten Totenflecken meist nach ca. 1-2 Stunden ausgeprägt.¹⁰ Sowohl von diagnostischer als auch von kriminalistischer Relevanz ist nicht nur das Vorhandensein, sondern insbesondere die Farbe, die Verteilung am Körper sowie `Verlagerbarkeit`¹¹ und `Wegdrückbarkeit`¹².

Totenstarre

Die zweite sichere Leichenerscheinung, die bei normaler Umgebungstemperatur und normalem Kräfte- bzw. Ernährungszustand im Schnitt drei bis vier Stunden post mortem auftritt, ist

⁹ Vgl. Madea, S. 125.

¹⁰ Vgl. BDK, S. 19f.

¹¹ Nach Wenden des Leichnams sind die Totenflecke frühpostmortal verlagerbar, sie bilden sich in der jetzt zu-unterst liegenden Körperpartie neu aus.

¹² Frühpostmortal sind Totenflecke auf leichten stumpfen Druck noch vollständig wegdrückbar, mit zunehmender Todeszeit nimmt die Wegdrückbarkeit kontinuierlich ab, schließlich sind die Totenflecke überhaupt nicht mehr wegdrückbar.

die Totenstarre.¹³ Bei Eintritt des Todes erschlafft zunächst die Muskulatur. Infolge biochemischer Veränderungen in der Muskulatur kommt es nach einigen Stunden zu einer zunehmenden Verhärtung und Verkürzung der Muskeln. In etwa sechs bis neun Stunden ist die Starre im gesamten Körper ausgeprägt und löst sich – bei Zimmertemperatur – im Allgemeinen nach 36 bis 48 Stunden. Dabei beschleunigt Wärme den Prozess und Kälte verzögert ihn. Generell ist die Totenstarre nur bedingt zur Feststellung der Todeszeit geeignet.¹⁴ Wird die Totenstarre in den ersten Stunden während der Zeit ihrer Ausbildung durch mechanische Kraft überwunden, tritt sie erneut ein. Ist sie vollständig ausgebildet und wird gebrochen, ist dies nicht mehr der Fall.¹⁵

Autolyse/Fäulnis/Verwesung

Als fortgeschrittene Leichenerscheinungen gelten Autolyse und Fäulnis. Unter Autolyse versteht man die Auflösung organischer Strukturen durch körpereigene Enzyme ohne bakterielle Beteiligung¹⁶. Demgegenüber sind Fäulnis und Heterolyse die Auflösung der chemischen, physikalischen und morphologischen Ordnung durch bakterielle Fermente¹⁷.

Fäulnis- und Verwesungserscheinungen lassen sich nicht klar von einander abgrenzen. Verwesungserscheinungen überwiegen, wenn reichlich Sauerstoff und wenig Feuchtigkeit vorhanden sind. Demgegenüber ist Fäulnis hauptsächlich Ausdruck von Zerstörungsprozessen durch Bakterien.

Nach dem Tod breiten sich Fäulnisbakterien des Darms schnell im ganzen Körper aus. Dabei begünstigen Wärme, Sauerstoffmangel und Feuchtigkeit den Prozess der Fäulnis. Gärungsprozesse finden statt, Gase entstehen und blähen einen Leichnam unter Umständen auf das Doppelte des ursprünglichen Umfangs auf.

Vertrocknung

Die Fäulnis geht mit der Vertrocknung einher. Unter entsprechenden Lagerbedingungen (trocken, zugig u.a.) kann es zu Vertrocknungserscheinungen kommen. Dabei treten Vertrocknungen vor allem an den Schleimhäuten auf.¹⁸ Die Vertrocknung kann bis hin zur Mumifizierung führen.

Unsichere Todeszeichen

In einer Phase der *Vita minima* bzw. *Vita reducta* (i.e. Scheintod) mit oberflächlicher Untersuchung nicht unbedingt `ins Auge springender` Lebenszeichen kann es zu Fehldiagnosen kommen. In der Zeitspanne der *Vita minima* bzw. der *Vita reducta* mit Dysregulation der großen Funktionssysteme und ihrer Koordination sowie zunehmender Devitalisierung können die

¹³ Vgl. Madea, S. 129.

¹⁴ Vgl. Mätzler, S. 67f.

¹⁵ Vgl. BDK, S. 23.

¹⁶ Vgl. BDK, S. 24.

¹⁷ (Lat.) Enzyme.

¹⁸ Vgl. Mätzler, S. 71.

Lebensäußerungen (Respiration, Zirkulation) so daniederliegen, dass sie bei oberflächlicher Untersuchung nicht wahrgenommen werden. Ursachen und Umstände, die zu einer Vita minima oder Vita reducta führen können, werden von dem Berliner Gerichtsmediziner Prokop als AEIOU-Regel zusammengefasst.

Ursachenkomplexe für eine Vita minima/Vita reducta nach Prokop 1976:

- A Alkohol, Anämie, Anoxämie
- E Elektrizität/Blitzschlag
- I Injury (Schädel-Hirn-Trauma)
- O Opium, Betäubungsmittel, zentral wirksame Pharmaka
- U Urämie (andere metabolische Komata), Unterkühlung

Zu den unsicheren Todeszeichen zählen lichtstarre, weite Pupillen, Areflexie¹⁹, fehlende Herztätigkeit, fehlende Atmung und das Absinken der Körperkerntemperatur. Diese Zeichen sagen bei unsachgemäßer Prüfung wenig aus.

Erst nach Ausschluss von zentral wirksamer Intoxikation und allgemeiner Unterkühlung kann der Tod sicher attestiert werden, weshalb Notärzte folgenden Grundsatz formuliert haben: „No one is dead, until he is warm and dead“.²⁰

6.2. Korrekte Vorgehensweise bei der äußeren Leichenschau

Um einen Leichenfundort beurteilen und richtig deuten, aber auch die Leichenschau sachgerecht durchführen zu können, sind Grundkenntnisse über die häufigsten nicht natürlichen Todesarten notwendig. Auf die einzelnen nicht natürlichen Todesarten (Tod durch Brand, Strom, Unterkühlung, scharfe Gewalt, stumpfe Gewalt, Strangulation, Ertrinken u.a.) kann im Detail nicht eingegangen werden. Allerdings werden im Folgenden für solche Todesfälle typische Leichenerscheinungen kurz skizziert. Zu diesem Thema existiert bereits eine Bandbreite an umfassender Literatur (Mätzler, BDK, Hunger u.a.).

Die hier ausgeführte Vorgehensweise bei der äußeren Leichenschau orientiert sich zum Großteil an dem Schema von Madea²¹ und teilweise an Hunger²².

Geschildert wird eine idealtypische Vorgehensweise, wie sie in Deutschland und Frankreich praktiziert werden sollte.

Veranlasser der Leichenschau

Es ist zu dokumentieren, wer die Leichenschau veranlasst hat, z.B. Angehörige, Anstalts-/Heimleiter, medizinisches Personal. Der Zeitpunkt der Veranlassung ist mit Datum und Uhrzeit festzuhalten genauso wie der Zeitpunkt der eigentlichen Durchführung der Leichenschau.

¹⁹ Areflexie (lat.) das Ausbleiben reflektorischer Reaktionen auf Reize.

²⁰ Vgl. Madea, S. 115f.

²¹ Vgl. Madea, Umschlaginnenseiten vorne und hinten.

²² Vgl. Hunger, S. 14.

Ort der Leichenschau

Der Ort der Leichenschau kann Rückschlüsse auf das Todesereignis zulassen. Daher ist der Leichenfundort zu dokumentieren: Krankenhaus, Wohnung, Öffentlichkeit u.a. Die Leichenumgebung ist bestmöglich zu beschreiben. Dabei spielen die Verschlussverhältnisse eine wichtige Rolle (im Freien oder in geschlossenem Raum, Fenster und Türen geöffnet oder geschlossen u.ä.). Auch die Außen- bzw. Innentemperatur des Raumes sowie die Witterungsverhältnisse sind festzuhalten.

Der Leichenschauer sollte seine Aufmerksamkeit aber ebenso auf die Leichenumgebung richten, d.h. auf den Zustand der Wohnung, auf Hinweise von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenkonsum sowie auf Waffen, Werkzeuge oder Blutlachen in der Nähe des Leichnams.

Identifikation

Die Art und Weise der Identifikation ist vom Leichenschauer schriftlich festzuhalten: dem Leichenschauer bekannt, nach Einsicht in die Ausweispapiere, nach Angaben von Angehörigen, Polizei o.ä. Besonders wenn die Identifikation dem leichenschauenden Arzt nicht möglich ist, ist auf die weiter unten genannten Identifikationsmerkmale zu achten.

Ausstattung

Der Leichenbeschauer benötigt zur äußeren Leichenschau Einmalhandschuhe, Pinzetten, Thermometer und Taschenlampe zur Durchführung.

Praktische Leichenschau

Bekleidung

Zunächst ist der Zustand der Bekleidung des Verstorbenen festzuhalten: geordnet oder ungeordnet, Beschädigungen, Verschmutzungen, Schleifspuren usw.

Ärztliche Eingriffe

Wichtig zu vermerken sind **ärztliche Eingriffe** wie beispielsweise Reanimationsversuche, Injektionen, Intubationen²³.

Lage und Beschreibung der Leiche

Entscheidend ist die **Lage der Leiche**: Rücken-, Bauch-, Seiten-, Kopftieflage, Arme und Beine. Die Leiche soll so detailliert wie möglich beschrieben werden (Geschlecht, Alter, Größe, Gewicht, allgemeiner Ernährungs- und Pflegezustand)²⁴.

²³ Tubus (lat.) Rohr. Einführen eines Rohrs durch Mund oder Nase in die Luftröhre zu deren Freihaltung und zur künstlichen Beatmung.

Körperanhaftungen

Gegebenenfalls sind **Körperanhaftungen** wie Blut, Kot, Sperma, Schmutz und die Stelle der Anhaftung zu dokumentieren.

Entkleiden der Leiche

Zur korrekten äußeren Leichenschau sollte die Leiche **vollständig entkleidet** werden. Nur auf diese Weise können alle äußerlichen Merkmale gesichtet werden.

Sichere Todeszeichen

Die sicheren Todeszeichen sind festzuhalten und zu beschreiben. **Supravitale Reaktionen** sind genau zu beschreiben.

Leichenerscheinungen

Der Dokumentation der **Leichenerscheinungen** kommt bei der Leichenschau eine große Bedeutung zu.

Lage, Farbe, Intensität, Ausdehnung, Wegdrückbarkeit und Verlagerbarkeit der **Totenflecke** müssen genau beschrieben werden. In diesem Zusammenhang ist auch wichtig, ob die Ausbildung der Totenflecke kompatibel mit der Auffindesituation ist, z.B. Leiche in Rückenlage, aber Totenflecke im Bauch-, Gesichts- und vorderen Beinbereich.

Die Ausprägung der **Totenstarre** ist in allen großen und kleinen Gelenken zu prüfen (nachweisbar, nicht nachweisbar, teigig-weich, kräftig, nicht mehr zu brechen, Wiedereintritt nach Brechen).

Vertrocknungen an Lippen, Genitalen und der Augapfelbindehaut sind zu erheben.

Wenn bereits **Fäulnis** eingetreten ist, sind diese Erscheinungen genau zu vermerken (beispielsweise Grünfäulnis der Bauchhaut, Ablösung der Oberhaut, Fäulnisblasen, Gasdunstung, Durchschlagen des Venennetzes, Fäulnisflüssigkeit, Fliegenlarven, Puppen, Puppenhülsen).

Systematische Untersuchung des Leichnams

Es schließt sich eine systematische Untersuchung des Leichnams von allen Seiten an. So ist der Leichnam auf **Narben** und **Injektionsstellen** (ggf. Rückschluss auf Drogenabhängigkeit möglich) hin zu untersuchen. Injektionsstellen sind nicht nur in der Ellenbeuge, in den Unterarmen und Handrücken, sondern auch in der Schwimnhaut zwischen Zehen und Fingern, Penis, Mundvorhofschleimhaut, Leistenbeuge und anderen Körperstellen auffindbar.²⁵

Leichtemperatur

Die tiefe **Rektaltemperatur** sowie die Umgebungstemperatur sind zu messen. Dies ist wichtig für die Bestimmung des Todeszeitpunkts.

²⁴ Besonders wichtig bei Verdacht auf Vernachlässigung von Säuglingen, Kleinkindern und Gebrechlichen.

²⁵ Vgl. Madea, Umschlaginnenseite.

Leichengeruch

Nach Druckausübung auf den Rippenbogenrand muss der Leichenbeschauer an Mund und Nase des Leichnams riechen und versuchen, diesen **Geruch** möglichst genau zu beschreiben (aromatischer Geruch bei Alkoholisierung, Bittermandelgeruch bei Blausäure, knoblauchartiger Geruch bei E 605 usw.).

Bestimmte Gerüche weisen auf Intoxikation²⁶ hin, eine häufig gewählte Art der Selbsttötung. Eine Aufzählung aller einzelnen tödlich wirkenden Gifte vorzunehmen, ist unmöglich. „Als Gift im engeren Sinne versteht man eine Substanz, die schon dann eine schädigende oder tödliche Wirkung zur Folge hat, wenn sie dem Körper in ganz geringer Menge zugeführt wird.“²⁷

Bei bestimmten Giften treten an der Leiche typische Gerüche auf. Allerdings ist die Geruchsbildung sehr temperaturabhängig.

Oftmals wird ein Todesfall durch Vergiftung nicht als solcher erkannt, denn die Leiche weist nur selten Verletzungen auf. Die Indizien für eine Vergiftung sind sehr vielfältig. Bestimmte Symptome können auf eine Vergiftung hindeuten, so z.B. schlagartige Bewusstlosigkeit, psychische Erscheinungen (Delirien²⁸, Halluzinationen u.a.), Krämpfe, Reflexstörungen, ungewöhnliche Hautverfärbungen, Blutungen usw.

Kopfhaut

Die (behaarte) **Kopfhaut** muss zwingend genau auf Schwellungen, Hämatome, Durchtrennungen der Kopfschwarte und andere Verletzungen abgetastet werden.

Gesichtsschädel

Ebenso sind Verletzungen prominenter Anteile des Gesichtsschädels festzustellen.

Gesichtshaut und Hals

Punktförmige Blutungen der **Gesichtshaut** (Augenlider, Augenlidbindehäute, Mundvorhofschleimhaut) sowie Druckstauungen sind zu erheben.

In jedem Fall ist eine genaue Untersuchung des **Halses** vorzunehmen: Verletzungen und Strangfurchen genau dokumentieren.

Halsverletzungen und punktförmige Blutungen der Gesichtshaut können auf Strangulation hindeuten. Darunter sind das Erhängen, das Erdrosseln und das Erwürgen einzuordnen. Dabei kann beim Erwürgen von einem Tötungsdelikt ausgegangen werden, da ein Selbsterwürgen unmöglich ist. Gleiches gilt für das Erdrosseln. Im Gegensatz dazu deutet Erhängen auf Suizid hin.²⁹

Beim Erhängen wird ein um den Hals gelegtes Strangwerkzeug in der Regel durch das Körpergewicht des Erhängten zugezogen. Durch die so verursachte plötzliche Unterbrechung oder starke Drosselung der Blutzufuhr zum Gehirn tritt der Tod ein. Stauungserscheinungen

²⁶ Intoxikation (lat./ griech.) Vergiftung.

²⁷ Mätzler, S. 270.

²⁸ Delirium (lat.) schwere Bewusstseinstörung.

²⁹ Vgl. BDK, S. 36.

des Gesichts treten nur auf, wenn das Strangwerkzeug langsam zugezogen wird. Bei schnellem Zuziehen der Schlinge ist das Gesicht von unauffälliger Farbe oder sogar blass.

Anders wird beim Erdrosseln das Drosselwerkzeug nicht durch das Körpergewicht, sondern durch die Kraft der Hände und Arme zugezogen. Das Gesicht einer erdrosselten Person ist meist bläulich verfärbt und gedunsen. Punktförmige, flohstichartige Blutungen finden sich im Regelfall in der Gesichtshaut, in den Augenbindehäuten und in der Mundschleimhaut.

Beim Würgen wird der Hals des Opfers vom Täter komprimiert. Als Folge des Würgens (bei gleichzeitiger arterieller Zufuhr wird der venöse Abfluss durch Zusammenpressen der entsprechenden Venen verhindert) kommt es zu Stauungserscheinungen im Kopfbereich. Diese Blutstauung führt zu sogenannten Kapillarberstungsblutungen, welche man als winzige, flohstichartige Punkte in den Augenbindehäuten, Mundschleimhäuten, Augenlidern oder der gesamten Gesichtshaut finden kann.³⁰

Auch die **Unterkühlung** ist eine Art allgemeiner Erstickung, weil das Blut seinen Sauerstoff bei niedrigen Temperaturen weniger schnell abgibt. Als Folge des dadurch auftretenden Sauerstoffmangels kommt es zur Abnahme der Erregbarkeit der nervösen Hirnzentren und schließlich zum Erliegen ihrer Funktion. Das Atemzentrum im Gehirn setzt aus, die Gewebsatmung hört auf und der Mensch stirbt. Unterkühlungsleichen werden oft völlig unverletzt aufgefunden.³¹ Eine Obduktion kann unter Umständen einen Tod durch Unterkühlung nachweisen. Trotzdem ist die Beurteilung der Gesamtsituation bei dem Verdacht eines Unterkühlungstods besonders wichtig.

Augen

Der Zustand der **Augen** (offen, geschlossen, vertrocknet) und die Pupillenweite sind festzuhalten.

Mund, Nase, Ohren

Bei **Mund, Nase und Ohren** sind folgende Punkte zu kontrollieren: Fremdmaterial in der Mundhöhle (z.B. Tablettenreste bei suizidaler bzw. homizidaler Intoxikation) oder in den Ohren, Zustand des Gebisses, Lippenverletzungen, Abrinnspuren, abnorme Beweglichkeit der Nase, Inhalt der Nasenöffnung, Zunge hinter oder zwischen den Zahnreihen, Zungenbissverletzungen, Blutungen, Schaumpilzbildung.

Schaumpilzbildung ist typisch für einen Todesfall durch Ertrinken. Vor dem Mund Ertrunkener ist häufig ein feinblasiger weißer Schaum (sog. Schaumpilz) festzustellen.

Der Ertrinkungstod stellt im Prinzip einen Erstickungstod dar, bei dem der mechanisch bedingte Abschluss des Sauerstoffs durch das die Luftwege tamponierende Wasser erfolgt. Dieser Erstickungsvorgang kann durch einen Reflextod oder ein schnelles Versagen der Herzkreislaufregulation abgekürzt werden. In einigen Fällen führen die reflektorischen Vorgänge

³⁰ Vgl. Mätzler, S. 72ff.

³¹ Vgl. Mätzler, S. 260f.

so schnell, teilweise blitzartig, zum Tod, dass es gar nicht zum eigentlichen Erstickungstod kommt. Ist dies der Fall, spricht man vom Badetod.³²

Rumpf, Brustkorb, Extremitäten

Auch **Rumpf, Brustkorb und Extremitäten** sind genauestens zu untersuchen. Auf Verletzungszeichen wie Vertrocknungen, Schürfspuren, Einblutungen und Unterblutungen, penetrierende Hautverletzungen und falsche Beweglichkeit (z.B. der Halswirbelsäule) ist besonders zu achten. Verletzungen können bei nicht natürlichen Todesfällen insbesondere durch einen Schuss oder scharfe bzw. stumpfe Gewalteinwirkung hervorgerufen worden sein.

Schussverletzungen sind Wunden durch Projektile aus Feuerwaffen. Meist ist die Einschussöffnung kleiner als die Ausschussöffnung. Nur bei einem absoluten Nahschuss ist der Einschuss oft größer als der Ausschuss. Oft ist die Einschussöffnung durch einen sogenannten Kontusionssaum³³ zu erkennen. Weiterhin befindet sich an der Einschussstelle ein Schmutzsaum, der durch aufgelagerte Öl- und Schmutzteilchen am Projektil entsteht. Häufig wird der Schmutzsaum vom Schürfsaum verdeckt. Darüber hinaus wird die Haut bei einem aufgesetzten Schuss gegen die Mündung gepresst, wodurch ein Abdruck der Mündung auf der Haut entsteht, die sog. Stanzmarke. Wenn bei einem solchen Schuss Treibgase unter die Haut treten und die hier gelegenen Weichteile höhlenartig auftreten, spricht man von einer Schmauchhöhle, die mit Blut und Schmauchbestandteilen angefüllt ist.³⁴

Zu **scharfer Gewalt** zählen sowohl Schnitt- als auch Stichverletzungen. Während Schnittverletzungen eine tangentielle Gewalttrichtung aufweisen (d.h. Wunde ist `länger als tief`), geht die Gewalttrichtung bei Stichverletzungen normalerweise ins Körperinnere (`tiefer als lang`). Möglich sind auch Kombinationsverletzungen von Stich- und Schnittverletzungen.³⁵

Stichverletzungen können klein und unauffällig sein. Besonders wichtig ist die Betrachtung der Wundwinkel, um feststellen zu können, ob ein einschneidiges oder zweischneidiges Werkzeug verwandt wurde.

Schnittwunden sind scharfrandige Haut- und Gewebedurchtrennungen. Im Wundspalt befinden sich keine Gewebsbrücken. Unfallbedingt werden Schnittverletzungen häufig durch einen Sturz in Glasscheiben verursacht. Scharfe Hautdurchtrennungen an Körperstellen, die normalerweise nicht zugänglich sind und in verschiedene Richtungen weisen, deuten auf Fremdbeibringung hin. Typisch für einen Suizid mittels Messer oder Rasierklinge sind oft mehrere Versuche, sog. `Probeschnitte`.³⁶

Verletzungen durch **stumpfe Gewalt** entstehen dadurch, dass

- ein bewegter stumpfer Gegenstand auf den Körper auftrifft,

³² Vgl. BDK, S. 50ff.

³³ Kontusionssaum, Kontusionsring (Kontusion, lat., Quetschung) oder Schürfsaum: entsteht beim Auftreffen des Geschosses auf die Haut. Die Haut wird trichterförmig eingedrückt und gedehnt, bis sie reißt.

³⁴ Vgl. Mätzler, S. 198f.

³⁵ Vgl. BDK, S. 44.

³⁶ Vgl. BDK, S. 45f.

- der sich bewegende Körper auf einen solchen Gegenstand aufschlägt oder
- ein sich bewegendes Körper und ein bewegter stumpfer Gegenstand auf einander stoßen.³⁷

Je nach Werkzeugart, Intensität der Gewalteinwirkung und Lokalisation der getroffenen Körperregion können folgende typische Verletzungen entstehen: Hautabschürfungen, Blutunterlaufungen, Platzwunden, Organ- oder Gefäßzerreißen, Knochenverletzungen, Gehirnverletzungen und intrakranielle³⁸ Blutungen sowie Zermalmungen oder Zerstückelungen. Durch die Einwirkung stumpfer Gewalt kommt es häufig zur Beschädigung der Oberhaut und zum Verlust oberflächiger Hautschichten (z.B. Platzwunde).³⁹

Ödeme an Unterschenkeln und Druckstellen an Knien und Knöcheln sind zu vermerken.

Bei einem Tod durch **Brand** nehmen menschliche Leichen als Folge von Hitzeeinwirkung eine sog. Fechterstellung ein (Grad IV der thermischen Einwirkung). Ursache dafür ist die Kontraktur der Beuge- und auch der Streckmuskulatur. Typisch ist auch das Aufplatzen der Haut, besonders im Bereich der Gelenkbeugen. Vielfach ist auch das Aufplatzen des Schädels in Folge der Hitzeeinwirkung zu beobachten, mitunter unter Austritt von Teilen des Gehirns. Das vollständige Verbrennen einer Leiche ist möglich.⁴⁰

Die Arme sind auf Griffspuren, besonders an der Innenseite der Oberarme und an den Handgelenken, sowie auf **Abwehrverletzungen** an den Fingern, Unterarmen und Handrücken zu untersuchen.

After und Genitale

Wichtig ist die Untersuchung von **After und Genitalen**. Verletzungszeichen, Fremdkörpern, Sekretanhaftungen, Sperma und Kotaustritt ist besondere Beachtung zu schenken.

Äußere Schwangerschaftszeichen

Schwangerschaftszeichen (z.B. dunkle Warzenhöfe, gelbliche Flüssigkeit aus den Brustwarzen auspressbar, Dehnungstreifen an Unterbauch und Oberschenkel, Tastbefund, Uterusstand) sollten dokumentiert werden.

Strommarken

Außerdem sollten Hinweise auf **Strommarken** am Körper, insbesondere an Händen, Fingern, Fußsohlen und Zehen, vermerkt werden.

Die meisten Sachverhalte eines Todes durch Strom werden im Arbeits- und Wohnbereich angetroffen. Entscheidend für die Wirkung des Stroms auf den Organismus ist die Stromstärke,

³⁷ Vgl. Mätzler, S. 133.

³⁸ Intrakraniell (lat./ griech.), in der Schädelhöhle lokalisiert.

³⁹ Vgl. BDK, S. 42f.

⁴⁰ Vgl. Mätzler, S. 243f.

die in Ampere gemessen wird. Die Folgen einer Stromeinwirkung sind von der Einwirkungszeit abhängig. Länger andauernde Stromeinwirkungen können den Primärwiderstand der Haut durchbrechen. Dabei können bereits geringe Stromstärken bzw. Spannungen im Organismus erhebliche Schäden herbeiführen. In über der Hälfte aller Stromtodesfälle entstehen sogenannte Strommarken.⁴¹

Charakteristisch für eine Strommarke ist ein von einem wallartigen Rand umgebener bräunlicher vertrockneter Bezirk.

Identifikationsmerkmale

Zur sicheren **Identifikation** sind Tätowierungen, Schmuck, Uhren und sonstige mitgeführte Gegenstände zu dokumentieren. Auch die Bekleidung kann ein wichtiges Identifizierungsmerkmal darstellen. Darüber hinaus können Narben am Körper des Verstorbenen Hinweis auf die Identität geben.⁴² Gleiches gilt für den Zahnstatus.

Anamnese/Umstände des Todeseintritts

Der Arzt sollte vermerken, ob mit dem Ableben des Verstorbenen zu rechnen war, d.h. ob ein definiertes Grundleiden mit schlechter Prognose bekannt war. Dabei ist zu beachten, ob der Zeitpunkt und die Umstände des Todeseintritts mit der Diagnose und Prognose kompatibel sind.

Handelt es sich um einen plötzlichen und unerwarteten Todesfall, bei dem anamnestisch kein Hinweis auf ein todeswürdiges Grundleiden vorliegt, ist dies schlüssig zu dokumentieren.

Sonstige Maßnahmen des Leichenschauers

Zu notieren bleibt, wer die Leichenschau durchgeführt hat. Neben Namen, Titel und Erreichbarkeit des leichenschauenden Arztes ist außerdem zu vermerken, ob es sich um den behandelnden Arzt, einen Arzt, dem Angaben des behandelnden Arztes vorlagen, oder um einen Arzt, dem keine Angaben des behandelnden Arztes vorlagen, handelt.

Nach Durchführung der Leichenschau hat der Arzt die Todesbescheinigung auszufüllen. Ist am Leichenfundort nach Todesfeststellung eine Leichenschau aus äußeren Gründen nicht möglich, so ist die Polizei zu benachrichtigen. Gleiches gilt bei Feststellung eines nicht natürlichen Todes oder nicht geklärter Todesart.

Bei Hinweisen auf eine CO-Intoxikation sollte der Leichenschauer seine Feststellungen Bewohnern und Polizei mitteilen, so dass die CO-Quelle ermittelt werden kann (z.B. defekte Gasleitung).

⁴¹ Vgl. Diebl, S. 54f.

⁴² Vgl. Hunger, S. 14.

6.3. Obduktionen (innere Leichenschau)

Die Obduktion oder innere Leichenschau ist aus verschiedensten Gründen sehr wichtig, da:

- Ärzte Kenntnis der genauen Krankheitszusammenhänge bekommen,
- die Obduktion eine Qualitätssicherung für die Behandlung und die Diagnostik ist,
- Angehörige oft nur so Fragen zur Erkrankung verlässlich beantwortet bekommen und Sorgen oder Vorwürfe, die man sich selber macht, geklärt werden und schließlich auch erhebliche Erkrankungen entdeckt werden können,
- der Verstorbene, der seinen Körper in den Dienst der Mitmenschen und einer wichtigen Sache stellt, in der Person des Pathologen bzw. Rechtsmediziner seinen `Anwalt` findet,
- so Versorgungsleiden oder Berufserkrankungen geklärt werden können,
- auf diese Weise der Fortschritt in der Medizin gesichert wird.

Die Durchführung einer Obduktion soll mit Respekt vor dem Verstorbenen als ärztliche Maßnahme geschehen. Nach der Obduktion wird die Leiche wieder so hergerichtet, dass sie beachtet und aufgebahrt werden kann.

Eine Obduktion widerspricht nach allgemeiner Auffassung nicht dem christlichen Glauben, da die Auferstehung des Menschen nicht in Abhängigkeit zu seinem irdischen Körper steht.⁴³

Auf die Obduktion wird in dieser Arbeit nicht weiter eingegangen, da Thema die äußere und nicht die innere Leichenschau ist.

6.4. Problembereiche

Die hier geschilderten Problembereiche stellen sich sowohl in Frankreich als auch in Deutschland dar.

Todesfälle in der Arztpraxis

Gemessen an der Gesamtzahl von Todesfällen sind Todesfälle in der Praxis eines niedergelassenen Arztes eher selten, stellen allerdings aus folgenden Gründen einen Problembereich dar. Bei einem Todesfall in der eigenen Praxis treffen den Arzt sowohl in Frankreich als auch in Deutschland keine anderen Pflichten als bei sonstigen Todesfällen. Trotzdem sind Todesfälle in der eigenen Praxis für den niedergelassenen Arzt immer belastend, da sie Aufsehen erregen und unter Umständen behördliche Ermittlungen nach sich ziehen. Der Arzt sieht sich naturgemäß dem Verdacht ausgesetzt, entweder ein akut lebensbedrohliches Grundleiden übersehen oder den Tod durch falsche Maßnahmen verursacht zu haben.

Ein großes Problem ergibt sich daher für den leichenschauenden Arzt, der ja zugleich Inhaber der Praxis des Todesfalles ist. Es kommt zu einer Interessenkollision zwischen ordnungsge-

⁴³ Vgl. www.khzi.de/www/fachbereiche/institute/pathologie/obduktion.php (Stand: 11.05.2005)

mäß durchzuführender Leichenschau und der dadurch ausgelösten Gefahr, Beschuldigter in einem staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren zu werden.⁴⁴

Leichenschau bei iatrogenen⁴⁵ Todesfällen in der Klinik

Die Verhältnisse in der Klinik stellen sich grundsätzlich nicht anders dar als der Todesfall in der Arztpraxis. Auf Grund der Funktionshierarchien sollte der Chefarzt oder der Leiter der Abteilung, sofern er nicht persönlich involviert ist, die Leichenschau vornehmen und Meldung an die Polizei erstatten.⁴⁶ Allerdings passiert dies in der Praxis nur in den seltensten Fällen.

Notarzt und Leichenschau

Der Notarzt trifft einen Verstorbenen an, dessen Krankheitsgeschichte er in der Regel nicht kennt. Auf Grund von Zeitmangel und den Umständen ist es dem Notarzt im Regelfall nicht möglich, Kontakt mit dem behandelnden Arzt aufzunehmen. Darüber hinaus führt der Notarzt häufig umfangreiche Maßnahmen an einem Sterbenden durch, z.B. Reanimationsmaßnahmen oder Intubationen. Für den nachuntersuchenden Arzt ist es sehr wichtig, dass all diese notärztlichen Maßnahmen detailliert dokumentiert werden. Zur Problematik `Notarzt und Leichenschau` siehe auch weiter unten die Ausführungen unter der Überschrift `Die Person des Leichenschauers`.

„Rücksichtnahme“ auf Angehörige, eigene Interessen, Polizei u.a.

Für den leichenschauenden Arzt sind die Umstände häufig belastend. So fragen die Angehörigen oft, wieso denn die Todesursache ungeklärt (oder in Frankreich verdächtig) sei und jetzt die Polizei kommen müsse. Der Notarzt wird oft von der Polizei gefragt, worin denn die Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod bestünden o.ä.⁴⁷ Der leichenschauende Arzt sollte die Leichenschau möglichst nicht unter Druck durchführen müssen und nicht aus falscher Rücksichtnahme oder zur Vereinfachung des weiteren Verfahrens leichtfertig einen natürlichen Tod bescheinigen. Allerdings lassen sich in der Praxis immer wieder derartige Fallkonstellationen feststellen.

6.5. Fehlerquellen

Bei der äußeren Leichenschau gibt es auf Grund der Komplexität, der hohen Anforderung an den Leichenschauer und der großen Belastung eine Bandbreite möglicher Fehlerquellen.

⁴⁴ Vgl. Madea, S. 187ff.

⁴⁵ iatrogen (gr.) durch ärztliche Einwirkung entstanden.

⁴⁶ Vgl. Madea, S. 192.

⁴⁷ Vgl. Madea, S. 200.

Praktische Fehler

Praktische Fehler beginnen oft schon beim Entkleiden der Leiche. Nach einer Untersuchung von Rechtsmedizinern in Münster⁴⁸ wird der Tote nur in etwa 20 % der Fälle vollständig entkleidet. Oftmals wird auch nur das sogenannte `Kassendreieck` entkleidet, also lediglich der obere Brustbereich. Dieses Nicht-Entkleiden ist gefährlich, denn so können offensichtliche Merkmale für einen nicht natürlichen Tod (z.B. Strangfurchen, Ein-/Ausschüsse, Stich-/Schnittverletzungen, Strommarken usw.) übersehen werden. Zum Entkleiden der Leiche gehört auch das Entfernen von Kinnbinden, Verbänden o.ä.

Gleiche Konsequenzen können auftreten, wenn die Leiche nicht umgedreht wird.

Hinzu kommt das die Leichenschau oftmals durch Störfaktoren erschwert wird. Äußere Faktoren können schlechtes Wetter (z.B. Regen, Schnee), fehlende Beleuchtung (z.B. Nachtzeit, Wald), ungünstiger Leichenfundort (z.B. Öffentlichkeit, enge Räume, Anwesenheit Angehöriger) sein. Zu den inneren Faktoren zählen u.a. Vorurteile, Routine, vorschnelle Schlussfolgerungen und mangelnde Objektivität.⁴⁹

Ursprung vieler Fehler können auch menschliche Defizite des Leichenbeschauers sein. Natürliche Erscheinungen wie Müdigkeit, Desinteresse, Vorurteile gegen das soziale Milieu, Überheblichkeit oder Prestigege Gedanken können dazu verleiten, schnell einen natürlichen Tod zu bescheinigen, um weiteren Unannehmlichkeiten zu entgehen. Besonders ältere, stark verunstaltete und übel riechende Leichen lassen den Leichenschauer an seine persönlichen Grenzen stoßen.

Feststellung des Todes

Immer wieder kommt es vor, dass nach althergebrachten unsicheren Methoden zwischen Leben und Tod unterschieden wird. So werden Stillstand der Atmung, Pulslosigkeit, Veränderungen an Augen und Pupillen oder das Fehlen von Nervenreflexen als Beweis des Todeseintritts angesehen.

Siehe hierzu auch Beispielfall im Anhang 13.1.

Natürlicher oder gewaltsamer Tod

Oft sieht der Leichenfundort völlig harmlos aus. Verdachtsgründe ergeben sich erst bei sorgfältiger Besichtigung der Leiche durch einen erfahrenen Leichenschauer oder durch eine Überprüfung der Gesamtsituation.

Eine gewisse Anzahl von nicht natürlichen Todesfällen bleibt deshalb nicht erkannt, weil der den Tod bescheinigende Arzt über zu wenige rechtsmedizinische Kenntnisse verfügt oder die Leichenschau zu oberflächlich durchgeführt wird. Ein weiterer Grund kann sein, dass Ärzte eine Auseinandersetzung mit den Angehörigen der Verstorbenen fürchten.

Siehe hierzu auch Beispielfall im Anhang 13.1.

⁴⁸ Vgl. Rückert, S. 62.

⁴⁹ Vgl. Rückert, S. 106f.

Fehlerquellen polizeilicher Todesermittlungen

Einen Sachverhalt am Leichenfundort richtig zu beurteilen, gehört zu den schwierigsten kriminalpolizeilichen Aufgaben. Diese mit großer physischer und psychischer Belastung verbundene Arbeit (Blut, Schmutz, Gestank u.a.) erfordert neben großer Erfahrung und umfassender Kenntnis der Leichenerscheinungen ein hohes Maß an Verantwortungsbewusstsein. Siehe hierzu auch Beispielfall im Anhang 13.1.

7. Rechtsvorschriften

7.1. Gesetzliche Regelungen in Deutschland

In der Bundesrepublik Deutschland existieren auf Bundes- und Landesebene mehr als 45 Rechtsvorschriften, die sich mit dem Leichen- und Bestattungswesen beschäftigen. Diese Rechtsvorschriften stammen aus den Jahren von 1963 bis in die neueste Zeit.⁵⁰

Bundesrechtliche Bestimmungen

In der Bundesrepublik Deutschland fällt die Leichenschaugesetzgebung in die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer. So sind für das Leichenwesen in Deutschland nur wenige gesetzliche Bestimmungen bundesrechtlich geregelt. Einheitlich rechtsverbindlich sind die Bestimmungen der Strafprozessordnung (StPO), des Strafgesetzbuches (StGB), des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB), des Bundesseuchengesetzes, des Personenstandsgesetzes, der Richtlinien für das Straf- und das Bußgeldverfahren und des Internationalen Abkommens über Leichenbeförderung.⁵¹

Alle anderen Bestimmungen sind landesgesetzlich geregelt. So hat jedes Bundesland ein Bestattungsgesetz und ggf. dazu notwendige Verordnungen. Aus diesem Grund unterscheiden sich Leichenschaubestimmungen in den einzelnen Bundesländern teilweise erheblich.

Strafprozessordnung

Von größerer Bedeutung für das Leichenwesen in der Strafprozessordnung sind die §§ 87 und 159.

Gesetzliche Grundlage für die kriminalpolizeiliche Untersuchung nicht natürlicher Todesfälle ist § 159 StPO. In Absatz 1 heißt es: „Sind Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass jemand eines nicht natürlichen Todes gestorben ist, oder wird der Leichnam eines Unbekannten gefunden, so sind die Polizei- und Gemeindebehörden zur sofortigen Anzeige an die Staatsanwaltschaft oder an das Amtsgericht verpflichtet.“ Absatz 2 lautet: „Zur Bestattung ist die schriftliche Genehmigung der Staatsanwaltschaft erforderlich.“ Die Leichensache ist nach § 159 StPO noch kein Ermittlungsverfahren, solange kein Strafverdacht vorhanden ist.

Die Leichenschau erfolgt nach § 87 Abs. 1 StPO. Nach der Leichenschau erfolgt gemäß § 94 StPO durch mündlichen Ausspruch gegenüber den Angehörigen und dem Bestattungsinstitut die Beschlagnahme der Leiche. Die Todesbescheinigung (Totenschein) wird den Angehörigen in diesem Fall noch nicht ausgehändigt, da die Leiche einer staatsanwaltschaftlichen Freigabe

⁵⁰ Vgl. www.bdk-hessen.de/krim5.htm (Stand 11.05.2005)

⁵¹ Vgl. www.post-mortal.de/Recht/Bestattungsrecht-BRD/bestattungsrecht-brd.html (Stand 12.04.2005).

bedarf. Die weitere Entscheidungsbefugnis obliegt dem Staatsanwalt. So kann dieser gem. § 87 StPO beim Amtsrichter die gerichtsmedizinische Leichenöffnung beantragen.⁵²

Strafgesetzbuch (StGB)

Im Strafgesetzbuch ist der § 168, der die Störung der Totenruhe regelt, einschlägiges Bundesrecht im Umfeld des Todes. Demnach wird bestraft, wer unbefugt den Körper oder Teile des Körpers eines verstorbenen Menschen, eine tote Leibesfrucht oder die Asche eines verstorbenen Menschen wegnimmt oder wer daran beschimpfenden Unfug verübt.

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

Nach § 90 BGB sind Sachen nur körperliche Gegenstände. Daraus folgt, dass der Körper des lebenden Menschen keine Sache ist, sondern eine Person. Allerdings gilt der menschliche Leichnam als eine Sache i.S.d. § 90 BGB, da er kein Rückstand der Persönlichkeit ist, sondern ein körperlich vorhandener realer Gegenstand. Im Gegensatz dazu gelten Anatomieleichen als eigentumsfähige Sachen.⁵³

Bundesseuchengesetz

Nach dem Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen in der Fassung vom 18.12.1979, zuletzt geändert durch Gesetz vom 25.05.1995 (Bundesseuchengesetz) sind verschiedenste Krankheiten bzw. der Verdacht dieser Krankheiten (§ 3) an das für den Aufenthalt des Betroffenen zuständige Gesundheitsamt (§ 5) zu melden. Zu einer derartigen Meldung sind nach § 4 unterschiedliche Personen, insbesondere der Arzt oder mit der Behandlung oder Pflege des Verstorbenen berufsmäßig beschäftigte Personen, verpflichtet.

Personenstandsgesetz

Das Personenstandsgesetz in der Fassung vom 08.08.1957⁵⁴ regelt in den §§ 24, 32, 33, 34⁵⁵, 34a, 35 die Anzeigepflichten eines Sterbefalls. Weiterhin sind in § 36 die Prüfungspflicht des Standesbeamten, in § 37 die Eintragung in das Sterbeprotokoll und in § 39 die Voraussetzungen für die Bestattung vor Eintragung des Sterbefalls festgelegt.

Richtlinien für das Straf- und Bußgeldverfahren

Die RiStBV vom 01.01.1977 in der Fassung vom 01.10.1988 nennen in Nr. 33 die Voraussetzungen und Vorgehensweise bei Leichenschau und Leichenöffnung. Die Nr. 34 RiStBV befasst sich mit den Voraussetzungen und der Vorgehensweise bezüglich einer Exhumierung. Weitere relevante Vorschriften der RiStBV sind die Nummern 35 (Entnahme von Leichentei-

⁵² Vgl. Diebl, S. 9ff.

⁵³ Vgl. juris-PK-BGB, §90.

⁵⁴ Für die neuen Bundesländer sind die auf Grund des Einigungsvertrages vom 31.08.1990 geltenden Maßnahmen zu beachten.

⁵⁵ §34 wurde geändert durch Gesetz vom 26.06.1990 (BGBl. I S. 1163).

len), Nr. 36 (Beschleunigung von Leichenschau und Leichenöffnung), Nr. 37 (Leichenöffnung in Krankenanstalten) und Nr. 38 (Feuerbestattungen).

Bundesrechtliche Voraussetzungen klinischer Obduktionen

Als rechtliche Grundlage für eine **klinische Obduktion** kommen grundsätzlich drei Möglichkeiten⁵⁶ in Betracht.

1.) Widerspruchslösung

Danach kann eine Obduktion durchgeführt werden, wenn von dem Verstorbenen kein Widerspruch zu Lebzeiten vorgetragen wurde. Diese Lösung ist vor allem in Ländern des romanischen Rechtskreises (Frankreich, Italien, Belgien, Portugal, Österreich und in der Schweiz) Grundlage für Obduktionen. In der BRD bestehen gegen diese Regelung juristische Bedenken.

2.) Informationslösung

Hier wird ebenfalls auf eventuelle Äußerungen des Verstorbenen Rücksicht genommen. Liegt diese nicht vor, werden die Angehörigen informiert, dass eine Obduktion wünschenswert wäre. Die Angehörigen können dann innerhalb einer adäquaten Frist Einspruch gegen die Durchführung der Obduktion einlegen. Geschieht dies nicht, so gilt das als stilles Einverständnis.

3.) Einwilligungs- oder Zustimmungslösung

Diese setzt prinzipiell die Einwilligung des Verstorbenen zu Lebzeiten voraus, die häufig aber nicht vorliegt. In diesem Fall werden die Angehörigen gefragt. Diese Frage führt oft zu einer großen Belastung der Angehörigen. Infolge dessen wird die Obduktion häufig verweigert, da der Schmerz um den Verlust des Angehörigen eine objektive Entscheidung sehr schwierig macht.

In Deutschland wird sowohl von der Informations- als auch von der Einwilligungslösung Gebrauch gemacht.

Auf weitere Ausführungen zu dieser Thematik wird verzichtet, da diese Arbeit insbesondere die äußere Leichenschau zum Gegenstand hat.

Landesrechtliche Bestimmungen des Leichenwesens

In den Rechtsvorschriften der Länder finden sich unterschiedliche Definitionen darüber, was z.B. eine Leiche ist, ab wann der Körper einer Totgeburt als Leiche gilt oder bis zu welcher Zeit die Leichenschau durchzuführen ist. Natürlich existieren auch unterschiedliche Formulare mit verschiedenen Formulierungen.⁵⁷

⁵⁶ Vgl. www.khzi.de/www/fachbereiche/institute/pathologie/obduktion.php (Stand: 11.05.2005)

⁵⁷ Vgl. www.bdk-hessen.de/krim5.htm (Stand 11.05.2005)

Allerdings lassen sich einige Abläufe und Details aufzählen, die in allen Ländernormen weitgehend einheitlich und übereinstimmend geregelt sind.

So haben folgende Verantwortliche einen Arzt zur Leichenschau hinzuzuziehen:

- nahe Angehörige; Wohnungsinhaber der Wohnung, in der sich der Todesfall zugetragen hat; Pflegepersonal; Anstaltsleiter; Personen, die bei dem Tode zugegen waren oder von diesem unterrichtet sind;
- bei Leichen unbekannter Personen die Gemeinden, auf deren Gebiet die Leiche aufgefunden wurde.⁵⁸

Außerdem ist in den meisten gesetzlichen Regelungen bestimmt, dass die Leichenschau unverzüglich durchzuführen ist.

Die derzeit geltenden landesrechtlichen Gesetze sind im Anhang aufgeführt.

Eklatante Unterschiede der Landesbestattungsgesetze

Besonders hervorzuheben sind die Unterschiede der Ländergesetze zur Leichenschau in Bezug auf die Todesart und die Fälle, in denen die Polizei zu verständigen ist.

In den meisten Bundesländern gibt es die Möglichkeit für den leichenschauenden Arzt, zwischen natürlicher, nicht natürlicher bzw. nicht aufgeklärter⁵⁹/ungewisser⁶⁰/nicht geklärt⁶¹/ungeklärt⁶² **Todesart** zu unterscheiden. Nur in zwei Bundesländern (Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern) gibt es die ausschließliche Wahlmöglichkeit zwischen natürlichem und nicht natürlichem Tod ohne weitere Alternativen.

Lediglich in zwei Bundesländern (Brandenburg und Bremen) existiert die Option, „Tod nach medizinischer Behandlung“ anzukreuzen.

Allerdings ist nur in bestimmten Bundesländern auch bei nicht aufgeklärter, ungewisser, nicht geklärt oder ungeklärt Todesursache die Polizei zu informieren. Zu diesen fortschrittlicheren Bundesländern zählen Brandenburg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. In Brandenburg ist die Polizei sogar dann zu verständigen, wenn es sich um einen Tod nach medizinischer Behandlung handelt.

In den meisten Bundesländern⁶³ ist darüber hinaus die Polizei zu informieren, wenn es sich bei der verstorbenen Person um einen Unbekannten handelt.

⁵⁸ Vgl. Glaum/Klose/Jäger, S. 6.

⁵⁹ Bayern, Brandenburg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen.

⁶⁰ Berlin.

⁶¹ Hamburg.

⁶² Bremen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen.

⁶³ Alle, bis auf Brandenburg, Mecklenburg Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz.

Wie die Leichenschau durchzuführen ist, variiert von gar keinen Angaben bis hin zum vollständigen Entkleiden der Leiche mit Begutachten von allen Seiten. Häufig ist jedoch nur eine `sorgfältige` Durchführung der Leichenschau vorgeschrieben.

Die Person des Leichenschauers

Die Feststellung des Todes und die Leichenschau sind in jedem Bundesland von einem Arzt vorzunehmen. Lediglich in Schleswig-Holstein gibt es eine Ausnahmeregelung für einzelne Inseln, auf denen kein ständiger Arzt ansässig ist und die schwer zu erreichen sind. Dort kann die Leichenschau auch durch eine vom Amtsarzt vorgeschlagene Person (Hebamme, Gemeindegeschwester) vorgenommen werden.

In sieben Bundesländern⁶⁴ sind Notärzte nicht mehr verpflichtet, Todesart und Todesursache festzustellen. Sie können sich auf die Ausstellung einer vorläufigen Todesbescheinigung beschränken. Mit dieser vorläufigen Todesbescheinigung kann die Leiche vom Tat-/Fundort abtransportiert werden. Allerdings muss ein zweiter Arzt in diesen Fällen die endgültige Todesbescheinigung, oftmals mit einem nicht unerheblichen Zeitverzug beim Bestattungsunternehmen, ausstellen.

Vor der Novellierung der Länderleichenschauengesetze - bis in die 60er Jahre - gab es in einigen Bundesländern noch amtlich bestellte Laienleichenschauer.⁶⁵

Grundsätzlich ist jeder approbierte Arzt (niedergelassene Ärzte, Krankenhausärzte, Rettungsärzte, Ärzte ohne Tätigkeit und Gesundheitsärzte), wenn er gerufen wird, verpflichtet, die Leichenschau vorzunehmen, unverzüglich die Todesbescheinigung auszufüllen und den Angehörigen auszuhändigen. Jeder niedergelassene Arzt ist zusätzlich im Rahmen der Teilnahme am ärztlichen Notarztdienst zur Vornahme der Leichenschau verpflichtet. Alle niedergelassenen Ärzte sind wiederum verpflichtet, am Notfalldienst teilzunehmen. Das ergibt sich aus § 26 MBO-Ä 1997 in der Fassung der Beschlüsse des 100. Deutschen Ärztetages. Bei Sterbefällen in Krankenhäusern, Kliniken etc. ist die Krankenhausleitung zur Sicherstellung der ärztlichen Leichenschau durch im Krankenhaus tätige Ärzte verpflichtet.⁶⁶

Welcher Arzt ist also der kompetenteste zur Durchführung der Leichenschau?

Bei den im Rahmen der Leichenschau zu bewältigenden Aufgaben ist der **behandelnde Arzt** mit großer Wahrscheinlichkeit der kompetenteste. Allerdings ergeben sich hier Probleme, wenn der Todesfall im Zusammenhang mit einer ärztlichen Maßnahme steht. Außerdem können im ambulanten Bereich durch falsche Rücksichtnahme auf die Angehörigen Fehler bei einer nur oberflächlichen Leichenschau entstehen.⁶⁷

⁶⁴ Brandenburg, Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt.

⁶⁵ Vgl. Madea, S. 109.

⁶⁶ Vgl. Madea, S. 23.

⁶⁷ Vgl. Madea, S. 110.

Der **Amtsarzt** wird heute im Rahmen der normalen ärztlichen Leichenschau nur noch selten tätig. Bis vor wenigen Jahren fand sich in einigen Leichenschauverordnungen die Regelung, dass bei Verhinderung oder Nichterreichbarkeit eines anderen Arztes der Amtsarzt hinzuzuziehen sei. Heutzutage spielt dies aber bei der ständigen Erreichbarkeit von Not- und Notdienstärzten keine Rolle mehr.

Jedoch wird der Amtsarzt nach § 3 Abs. 2 des Feuerbestattungsgesetzes im Rahmen der Feuerbestattungsleichenschau tätig. So heißt es in diesem Gesetzestext: „Kann der Amtsarzt die Todesursache bei der Leichenschau nicht einwandfrei feststellen, so hat er den Arzt, der den Verstorbenen während einer dem Tode unmittelbar vorangegangenen Erkrankung behandelt hat, zuzuziehen oder die Vorlage einer Bescheinigung dieses Arztes über die Art der Krankheit, Dauer der Behandlung und Todesursache zu verlangen. Lassen sich die bestehenden Zweifel auch hierdurch nicht beseitigen, so ist die Leichenöffnung vorzunehmen. War der zuständige beamtete Arzt zugleich der behandelnde Arzt, so ist die amtsärztliche Bescheinigung durch einen anderen Arzt auszustellen.“

Die Feuerbestattungsleichenschau wird regional unterschiedlich, teilweise von Ärzten der Gesundheitsämter, wahrgenommen und teilweise wird sie auf Antrag des Amtsarztes über die Bezirksregierung an den Leiter des regional zuständigen rechtsmedizinischen Instituts delegiert.

Darüber hinaus wird der Amtsarzt im Rahmen des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten tätig. Der Leichenschauer hat Erkrankungen oder den Verdacht von Erkrankungen zu melden.⁶⁸

Gemäß § 87 StPO ist die richterliche Leichenschau unter Zuziehung eines Arztes und die Leichenschau im Beisein des Richters von zwei Ärzten, unter denen sich ein **Gerichtsarzt** befinden muss, vorzunehmen. Heute wird unter einem Gerichtsarzt ein Facharzt für Rechtsmedizin bzw. ein an einem Institut für Rechtsmedizin tätiger Arzt verstanden. Nach Rechtsprechung ist Gerichtsarzt im Sinne des § 87 StPO ein Amtsarzt, sein Stellvertreter oder ein mit der Gerichtsarztstätigkeit beauftragter Arzt, der dem Gesundheitsamt als haupt- oder nebenamtlicher Arzt eingegliedert ist oder über die erforderlichen Fachkenntnisse verfügt.⁶⁹

Für den **Notarzt** des öffentlichen Rettungsdienstes gilt grundsätzlich dieselbe Verpflichtung zur Leichenschau wie für jeden anderen Arzt. Die landesrechtlichen Vorschriften in Bestattungsgesetzen, Rettungsdienstgesetzen und Leichenschauverordnungen sind allerdings zu dieser Frage uneinheitlich oder treffen keine explizite Aussage. In weitgehender Übereinstimmung wird trotz unterschiedlicher Formulierungen in den einzelnen Ländervorschriften die Auffassung vertreten, dass der Notarzt zur Leichenschau verpflichtet ist. Dies muss jedoch immer im Zustand der Einsatzbereitschaft für einen Folgeeinsatz zugunsten eines Notfallpatienten geschehen. Grundlage dafür ist die Güterabwägung zwischen der Erfüllung seiner Amtspflicht und der Übernahme einer definitionsgemäß im Notarztdienst potentiell lebensret-

⁶⁸ Vgl. Madea, S. 110f.

⁶⁹ Vgl. Madea, S. 111.

tenden Behandlung eines anderen Patienten. Im Zweifelfall muss sich der Notarzt immer für den Lebenden entscheiden. Diese Verpflichtung ergibt sich aus dem § 16 des Gesetzes über die Ordnungswidrigkeiten. Im Falle des Abrückens ohne Ausstellung des Leichenschau-scheins muss der Notarzt den Hausarzt, den vertragsärztlichen Notdienst der niedergelassenen Ärzte oder das Gesundheitsamt zur Übernahme der Leichenschau und zum Ausstellen des Leichenschau-scheins veranlassen.

Häufiger als andere Ärzte wird der Notarzt zu Unfällen, Gewalttaten und Suiziden gerufen. Die Maßnahmen des Notarztes sind wesentlich umfangreicher und invasiver⁷⁰ als die Maßnahmen anderer Ärzte. So umfasst die notärztliche Behandlung Venenpunktionen, Intubationen, evtl. das Legen von Magensonden und Thoraxdrainagen⁷¹. Im Reanimationsfall können zusätzlich externe Herzmassage und Defibrillation⁷² hinzu kommen. In Ausnahmefällen kann der Notarzt auch zu chirurgischen Noteingriffen gezwungen sein (z.B. Amputationen). All diese Maßnahmen sind nicht komplikationsfrei und hinterlassen Spuren. Daher ist es von entscheidender Bedeutung, dass diese notärztlichen Eingriffe, also die Art der Maßnahme und ihre genaue Lokalisation, dokumentiert werden. Auch eventuelle Fehlpunktionen⁷³ und Komplikationen sollten in dem Protokoll nicht verschwiegen werden.

Schwierig ist es für den Notarzt, die Todesart festzustellen, denn er kommt in aller Regel zu einem ihm unbekanntem Patienten und ihm fehlen wesentliche Informationen.⁷⁴

Bei unklaren und nicht natürlichen Todesfällen wird die **Kriminalpolizei** am Leichenfund- und Tatort im Rahmen der ihr obliegenden Aufgaben tätig. Die Kriminalbeamten führen eine Leichenschau durch, um sich einen ersten Eindruck zu verschaffen. Die kriminalpolizeiliche Leichenschau kann aber weder die ärztliche Leichenschau zur Feststellung von Tod und Todesursache noch eine rechtsmedizinische Befunderhebung zur beweissicheren Rekonstruktion ersetzen. In der Regel wird die Leichenschau von den Beamten der kriminalpolizeilichen Fachdienststellen (Mordkommissionen, Kriminaldauerdienste) relativ fachmännisch durchgeführt.⁷⁵

Fazit: Der kompetenteste leichenschauende Arzt wäre der behandelnde Arzt mit guten rechtsmedizinischen Kenntnissen, der die Leichenschau ungestört in aller Ruhe durchführen kann. Allerdings ist in der Praxis eine ideale Leichenschau nur selten möglich.

Todesbescheinigung

In den verschiedenen Bundesländern werden unterschiedliche Formblätter für die Todesbescheinigung verwendet. Die meisten Todesbescheinigungen in Deutschland richten sich nach

⁷⁰ Invasiv (lat.): in das umgebende Bindegewebe wuchernd hineinwachsend.

⁷¹ Thorax (gr.-lat.): Brust, Brustkorb; Drainage: Ableitung von Wundabsonderungen (z.B. Eiter) durch Drains (Röhrchen aus Gummi oder anderem Material mit seitlichen Öffnungen) oder einfache Gazestreifen.

⁷² Defibrillation (lat.) Beseitigung von bestimmten Herzmuskelstörungen durch Medikamente oder Elektroschocks.

⁷³ Punktion (lat.): Entnahme von Körperflüssigkeiten aus Körperhöhlen durch Einstich mit Hohlnadeln.

⁷⁴ Vgl. Madea, S. 192ff.

⁷⁵ Vgl. <http://bdk-hessen.de/krim5.htm> (Stand 11.05.2005).

den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und dem WHO-Muster der Todesbescheinigung `International Form of Medical Certification of Cause of Death`.

Der Totenschein besteht aus mehreren Abschnitten, die je nach Bundesland leicht unterschiedlich ausgeführt sind. Einheitlichkeit besteht jedoch im Abschnitt zu den Todesursachen, in dem entsprechende Angaben zu Krankheiten und zu Todesursachen zu machen sind. Dieser Abschnitt gliedert sich in zwei Teile.

Der erste Teil ist zur Auswahl der zugrunde liegenden Todesursache wichtig. Hier soll die Kausalkette eingetragen werden, die vom Grundleiden zur unmittelbaren Todesursache führte. Im zweiten Teil sollen Krankheiten, die am Tod beteiligt waren, aber nicht unmittelbar Teil der zum Tode führenden Kausalkette sind, vermerkt werden.

Der Totenschein sollte in jedem Fall leserlich und möglichst vollständig ausgefüllt werden.

Besonderheit im Stadtstaat Bremen

„Gesetz über das Leichenwesen“ vom 27.10.1992 (GBl. S. 627) geändert durch Gesetz vom 25.03.1997 (GBl. S. 129).

Das Bundesland Bremen praktiziert eine etwas andere Verfahrensweise als andere Bundesländer. Die meisten Sterbefälle werden dort von einem `ärztlichen Notfallbereitschaftsdienst` bearbeitet, der organisatorisch an das Institut für Rechtsmedizin angegliedert ist.⁷⁶

Der Notarzt im Rettungsdienst ist nur noch verpflichtet, den Tod festzustellen und dies in einer vorläufigen Todesbescheinigung zu dokumentieren (vgl. **§ 5 Abs. 3** Bremisches Gesetz über das Leichenwesen). Kein Arzt muss eine Leichenschau durchführen, wenn er aus wichtigen Gründen verhindert ist (vgl. **§ 5 Abs. 2**). Damit soll verhindert werden, dass z.B. ein Hausarzt zu gut besuchten Sprechstundenzeiten seine Praxis verlassen und unter Zeitdruck eine Leichenschau durchführen muss. Bei einem ungünstigen Leichenfundort (schlechte Beleuchtung, Öffentlichkeit o.ä.) kann sich der Arzt auf die Feststellung des Todes beschränken und die Leichenschau an einem anderen, besser geeigneten Ort durchführen (vgl. **§ 7**). Hervorzuheben ist auch, dass sich der Arzt auf der Todesbescheinigung nicht zwischen nicht natürlicher, natürlicher und unklarer Todesursache entscheiden, sondern die Frage beantworten muss, ob es Anhaltspunkte für ein nicht natürliches Geschehen im Zusammenhang mit dem Todeseintritt gibt. Weiterhin ist im Gesetz explizit genannt, wie die Leichenschau durchzuführen ist: vollständiges Entkleiden, Einbeziehung aller Körperregionen, insbesondere auch Rücken und behaarte Kopfhaut (vgl. **§ 10**).

Das Bremer Modell ist eine Ausnahme in der Bundesrepublik Deutschland und verspricht eine sorgfältigere Durchführung der Leichenschau und die Eindämmung vieler Fehlerquellen.

⁷⁶ Vgl. www.bdk-hessen.de/krim5.htm (Stand 11.05.2005).

Feuerbestattungen

Im Falle einer Feuerbestattung gelten die Bestimmungen des Gesetzes über die Feuerbestattung vom 15.05.1934 und der auf Grund dieses Gesetzes ergangenen Verordnung zur Durchführung des Feuerbestattungsgesetzes vom 10.08.1938, da jede Feuerbestattung zwangsläufig die Vernichtung aller eventuell an der Leiche vorhandenen Beweismittel zur Folge hat. Dieses Gesetz gilt jedoch nicht in allen Bundesländern, sondern nur noch in Brandenburg, Hessen, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen. In den anderen Bundesländern wurde dieses Gesetz durch entsprechende Regelungen in den Landesbestattungsgesetzen ersetzt.

Herausragend ist dabei das Bundesland Nordrhein-Westfalen, das in Deutschland den liberalsten Umgang mit der Feuerbestattung gestattet. So ist die Bestattung dort neben dem üblichen Grab auf dem Friedhof auch als Urnenbeisetzung außerhalb eines Friedhofs an dafür eigens zu genehmigenden öffentlichen Plätzen möglich.⁷⁷

Im Falle einer Feuerbestattung ist eine zweite Leichenschau nach o.g. Bundesgesetz vorgesehen. Der Kreis der in diesem Fall zur Leichenschau berechtigten Ärzte ist genau festgelegt. Der für den Ort der Einäscherung zuständige Amtsarzt hat eine nochmalige Leichenbesichtigung vorzunehmen. Nur der Regierungspräsident kann zur Vornahme der Leichenschau und zur Ausstellung der Bescheinigung auch andere Ärzte ermächtigen, allerdings nach § 3 der Verordnung zur Durchführung des Feuerbestattungsgesetzes nur solche, die die amtsärztliche Prüfung bestanden oder an einem Lehrgang erfolgreich teilgenommen haben, durch den die für die gerichtliche Leichenschau erforderlichen Kenntnisse vermittelt wurden. Darüber hinaus schreibt § 3 Abs. 2 des Gesetzes über die Feuerbestattung auch Art und Umfang der amtsärztlichen Ermittlungen zur Feststellung der genauen Todesursache vor. Demnach hat der Amtsarzt immer dann, wenn er bei der Leichenschau die Todesursache nicht einwandfrei feststellen kann, den Arzt, der den Verstorbenen während einer dem Tod unmittelbar vorausgegangenen Erkrankung behandelt hat, hinzuzuziehen oder von diesem die Vorlage einer Bescheinigung über Art der Erkrankung, Dauer der Behandlung und Todesursache zu verlangen. Wenn sich auch hierdurch bestehende Zweifel nicht beseitigen lassen, so muss auf Anordnung eines Staatsanwalts bzw. Richters eine Leichenöffnung vorgenommen werden.

Der Anteil der Einäscherungen an allen Bestattungen ist in Deutschland in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Zur Zeit gibt es ca. 120 Krematorien in der BRD. Innerhalb Europas ist der Umgang mit Feuerbestattungen sehr viel liberaler als in Deutschland. Ausnahme ist Griechenland, wo die Feuerbestattung komplett verboten ist.⁷⁸

⁷⁷ Vgl. www.aeternitas.de (Stand 11.05.2005).

⁷⁸ Vgl. www.aeternitas.de (Stand 11.05.2005).

7.2. Gesetzliche Regelungen in Österreich und der Schweiz

Auf die gesetzlichen Regelungen zur Leichenschau in Österreich und der Schweiz wird nur kurz und am Rande eingegangen. Unterschiede der deutschsprachigen Nachbarländer zu Deutschland wurden in der Fachliteratur schon detailliert dargestellt.

Das Hauptaugenmerk dieser Arbeit liegt auf den Nachbarländern Frankreich und Deutschland, zur Vervollständigung wird dennoch im Folgenden kurz die Verfahrensweise in Österreich und der Schweiz geschildert.

Österreich

Das Leichen- und Bestattungswesen ist in Österreich genauso wie in der BRD Ländersache und daher in den 9 österreichischen Bundesländern durch eigene Landesgesetze geregelt.

Zum Leichenwesen gehören in Österreich die Totenbeschau, die Leichenöffnung, die Einbalsamierung, die Entnahme von Leichenteilen, die Exhumierung von Leichen etc. Zur Vornahme der Totenbeschau sind nur hierzu bestimmte Ärzte berechtigt.⁷⁹

Grundsätzlich wird in Österreich zwischen gerichtlichen, sanitätspolizeilichen, klinischen und privaten Obduktionen unterschieden. Gerichtliche Leichenöffnungen sind vorzunehmen, wenn es bei einem Todesfall zweifelhaft ist, ob der Tod durch eine strafbare Handlung verursacht wurde.⁸⁰

Die Obduktionsrate ist in Österreich traditionell sehr hoch. Im Jahr 2003 lag sie bei 22,8 %. Aber auch in Österreich ist die Obduktionsrate seit geraumer Zeit rückläufig, was vor allem auf Kostengründe zurück zu führen ist.⁸¹

Schweiz

In der Schweiz wird die Leichenschau bei jedem Todesfall durchgeführt. Sie ist die Voraussetzung zum korrekten Ausfüllen der Todesbescheinigung, die an das Zivilstandesamt der Gemeinde des Todesfalls geht.

Besonders ist in der Schweiz die sog. Legalinspektion, die von der Leichenschau zu unterscheiden ist. Eine Legalinspektion wird bei einem „außergewöhnlichen“ Todesfall durch einen speziell bezeichneten Arzt im Auftrag der Untersuchungsbehörde durchgeführt.

Als außergewöhnliche Todesfälle sind alle plötzlich und unerwartet eingetretenen, alle gewaltsamen und solche, die vielleicht gewaltsam verursacht sein könnten, anzusehen.

Dabei wird der außergewöhnliche Todesfall in zwei Kategorien unterschieden: in den nicht natürlichen Tod (d.h. gewaltsam oder auf Gewalt verdächtig) und den unklaren Tod (d.h. plötzlich und unerwartet eintretende Todesfälle).

⁷⁹ Vgl. Madea, S. 61.

⁸⁰ Vgl. Madea, S. 229.

⁸¹ Vgl. <http://www.statistik.at/standarddokumentation/003724.pdf> (Stand: 19.06.2005).

Generell ist in der Schweiz jeder niedergelassene Arzt berechtigt und sollte auch in der Lage sein, eine Leichenschau vorzunehmen. Allerdings ist die Legalinspektion durch einen speziell in diesen Belangen ausgebildeten Arzt durchzuführen.⁸²

In der Schweiz existieren nur zwei Formen der Obduktion, die klinische und die gerichtliche. Die gerichtliche oder rechtsmedizinische Obduktion, auch Legalobduktion genannt, ist in der jeweiligen kantonalen Strafprozessordnung geregelt.

7.3. Gesetzliche Regelungen in Frankreich

Das französische Gesundheitssystem gilt in punkto Qualität und Versorgung als eines der besten.⁸³ Ob dies auch für den Umgang mit Todesfällen gilt, soll im Folgenden geklärt werden.

Frankreich ist ein zentralistisch geprägter Staat. Das Land ist zwar aufgeteilt in 22 Regionen und 95 Départements, die Gesetzgebung erfolgt jedoch ausschließlich zentralistisch, so auch bezüglich der Leichenschau.

Weder im Code Pénal (französisches Strafgesetzbuch) noch im Code Civil (französisches BGB) wird klar definiert, ab wann ein Mensch als tot gilt und was genau der Begriff Tod umfasst. Da auch in Frankreich der Arzt den Tod feststellt, ist es also Aufgabe des Mediziners, von Fall zu Fall über Leben und Tod zu entscheiden.

Für den Tod feststellenden Arzt existieren jedoch Verhaltensregeln, an die er gebunden ist. Generell kennt die französische Gesetzgebung diesbezüglich mehrere Ziele⁸⁴:

- sicherstellen, dass der Tod eingetreten ist,
- erkennen von nicht natürlichen, verdächtigen Todesfällen,
- Berücksichtigung der Verpflichtungen gegenüber der allgemeinen Gesundheit (santé publique),
- erfüllen von gewissen Wünschen des Verstorbenen oder seiner Familie (Einäscherung, Leichentransport u.a.),
- sichere Identitätsfeststellung der verstorbenen Person.

Code de Procédure Pénale

Artikel 74 des Code de Procédure Pénale (französische Strafprozessordnung) befasst sich mit dem Leichenfund (Découverte de Cadavre). Demnach wird zwischen drei Fällen unterschieden: natürlicher Tod (mort naturelle), unnatürlicher Tod (mort non naturelle/violente) und

⁸² Vgl. Madea, S. 104f.

⁸³ Vgl. BÄK-Intern, S.23.

⁸⁴ Vgl. <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/medilega/pages/droitmortb.html> (Stand: 28.05.2005).

verdächtiger Tod (mort suspecte). Für die verschiedenen Todesfälle existieren unterschiedliche Verfahrensweisen.

Natürlicher Tod

Wie in Deutschland hat die Polizei in Frankreich mit Fällen des natürlichen Todes grundsätzlich nichts zu tun. Üblicherweise rufen Familienangehörige im Todesfall den Hausarzt (médecin de famille) oder am Wochenende den Bereitschaftsarzt (médecin de garde). In dringenden Fällen kommt der Rettungsdienst (SAMU - Service d'aide médicale urgente). Der hinzugerufene Arzt stellt den Tod fest und eine Bescheinigung aus. Nur der Arzt des Rettungsdienstes SAMU ist nicht berechtigt, diese Bescheinigung auszustellen, da er die Anamnese⁸⁵ nicht kennt.

Wurde die Polizei hinzugerufen, obwohl der Arzt einen natürlichen Tod bescheinigt hat, fertigt sie lediglich einen kurzen, internen Bericht für die „mention main-courante“, was vergleichbar mit der „Lose-Blatt-Sammlung“ der deutschen Schutzpolizei ist. Dieser Vermerk dient mehr oder weniger der eigenen Absicherung.

Der Totenschein (certificat de décès), den der Arzt ausstellt, wird über das Bestattungsunternehmen verschlossen an das Bürgermeisteramt oder Rathaus (Mairie) übergeben. Dort wird die für das Begräbnis notwendige Genehmigung erteilt.⁸⁶

Gewaltsamer/nicht natürlicher Tod

Auch in Frankreich versteht man unter unnatürlichem Tod Selbsttötungen, Tötungsdelikte, Unfälle usw. In diesen Fällen muss genauso wie in Deutschland immer die Polizei eingeschaltet werden.

Ein Suizid wird, nachdem die Leichenschau minutiös durchgeführt wurde und eindeutig feststeht, dass es sich um eine Selbsttötung und nicht um ein als solches dargestelltes Verbrechen handelt und auch polizeiliche Ermittlungen zweifelsfrei einen Suizid attestiert haben, grundsätzlich in gleicher Weise wie der natürliche Tod behandelt.⁸⁷

Der Arzt stellt in einem solchen Fall einen Totenschein aus, in welchem die Fakten, die für eine Selbsttötung sprechen, manifestiert werden.

Die Polizei hat in Selbsttötungsfällen eine Akte zu erstellen und sofort einen Bericht an den Staatsanwalt (procureur de la République) zu fertigen. Nach Abschluss der Tatortarbeit wird der Staatsanwalt zunächst telefonisch unterrichtet. Anschließend erhält er den schriftlichen Bericht, in dem die ärztliche Aussage, die Tatortsituation u.a. festgehalten sind. Für die Fertigung von Lichtbildern, erkennungsdienstlichen Behandlungen usw. ist nur ein bestimmter, in Kriminalistik besonders ausgebildeter Beamter zuständig.

⁸⁵ Anamnese (griech. Anámnēsis Erinnerung), vom behandelnden Arzt bzw. Psychotherapeuten im Gespräch mit dem Patienten erhobene Vorgeschichte einer Krankheit.

⁸⁶ Vgl. Schwinn, S. 426.

⁸⁷ Vgl. Paysant, S. 4.

Liegt der Verdacht eines Suizids vor, aber eine Straftat kann nicht ausgeschlossen werden, erfolgen weitere Ermittlungen, in der Regel auch die Obduktion der Leiche.

In Fällen von Fremdverschulden und unbekannter Todesursache ist es Ermittlungsziel, die Umstände des Todes durch polizeiliche Feststellungen zu klären. Dazu erfolgt eine Leichenuntersuchung am Tatort gemeinsam durch Polizei und Arzt. Aussagen und Spuren, die auf bestimmte Ursachen des Todes hinweisen sind, zu ermitteln.

Die allgemeine Prozedur bei Tötungsdelikten bzw. entsprechenden Verdachtsfällen entspricht dem bereits unter Suizid geschilderten Verfahren. Der Staatsanwalt ist in Kenntnis zu setzen und er kann auch selbst zum Tatort kommen.

Artikel 74 des Code de Procédure Pénale trifft Aussagen zum Leichenfund (*découverte de cadavre*). Mehrere Fallalternativen werden beschrieben: Fremdverschulden nach Artikel 54 des Code Pénal, keine Mitschuld anderer Personen am Tod (Selbsttötung, natürlicher Tod) oder Todesursache auf der Grundlage der bis dahin zusammengetragenen Erkenntnisse nicht feststellbar.

Die Todesursache wird vom Arzt immer als unbekannt oder verdächtig angesehen, wenn er keinen natürlichen Tod bescheinigt. In einem solchen Fall verweigert der Arzt die Ausstellung des oben erwähnten Totenscheins. Anstatt dieses Totenscheins stellt der Arzt ein frei formuliertes Attest (*certificat de décès descriptif*) aus, in dem er seinen Verdacht begründet und seine Feststellungen hinsichtlich der Leichenerscheinungen und der mutmaßlichen Todesursache dokumentiert.

Ist die Todesursache unbekannt, ist grundsätzlich immer eine Obduktion zu veranlassen.

Verdächtiger Todesfall

Ein verdächtiger Todesfall ist an möglichen Veränderungen des Leichnams, an den Umständen eines plötzlich eingetretenen Todes oder an der Entdeckung eines Leichnams zu erkennen.

Bei einem verdächtigen Todesfall ist die Todesursache unbekannt. Daher ist ein Rechtsmediziner hinzuzuziehen, der eine genauere Untersuchung durchzuführen hat.⁸⁸

Laut Artikel 74 des Code de Procédure Pénale muss die Polizei bei einem Todesfall mit unbekannter oder verdächtiger Todesursache, ob natürlich oder nicht natürlich, unverzüglich den Procureur de la République (eine Art Staatsanwalt) in Kenntnis setzen: „En cas de découverte d'un cadavre, qu'il s'agisse ou non d'une mort violente, mais si la cause est inconnue ou suspecte[...]“.

Verdächtige Todesfälle können gewalttätig sein, z.B. ein Unfall unter nicht normalen Umständen oder ein unerklärlicher Sturz. Diese Todesart kann aber auch durch einen Unfall entstanden sein, beispielsweise ein tödlicher elektrischer Schlag oder Ertrinken.

⁸⁸ Vgl. Paysant, S. 3.

Ein solcher Todesfall ist oftmals natürlich, aber auf Grund der Umgebung (z.B. öffentlicher Leichenfundort) oder seiner anormalen Umstände, welche die Angehörigen oder die Behörden beunruhigen, verdächtig.

Das Erkennen eines verdächtigen Todesfalls verpflichtet den Arzt zu einer gewissenhaften Untersuchung des Leichnams nach bestimmten Prinzipien, die allerdings so detailliert gesetzlich nicht festgelegt sind.

Folgende Vorgehensweise ist in auf einer aktuellen französischen Internetseite beschrieben⁸⁹:

- Die Regeln zur Beweissicherung müssen eingehalten werden:
 - o Alle fremden Personen müssen der Justiz gemeldet werden.
 - o Der Leichnam darf nicht berührt werden.
 - o Objekte, auf denen Fingerabdrücke sein könnten, müssen gewissenhaft und schonend gehandhabt und transportiert werden.
- Untersuchung der Örtlichkeit und der Kleider:
 - o Ordentlich oder unordentlich,
 - o Blutspuren, Schießpulver etc.,
 - o Beweisstücke: Waffen, Einbruchwerkzeug etc.
- Genaue externe Untersuchung des Leichnams:
 - o Position und Lage des Leichnams,
 - o Umstände, die auf den Todeszeitpunkt schließen lassen,
 - o Suche nach Spuren von Gewalteinwirkung,
 - o Identifikation des Leichnams (Kleidung, Gegenstände, Narben etc.).

Folgende Merkmale lassen auf einen verdächtigen Todesfall hindeuten.

- Charakteristika des Toten selbst
 - o Delinquent,
 - o risikoreicher Beruf,
 - o Prostitution etc.
- Die Umstände des Todes
 - o Schlägerei o.ä.
- Ungewöhnlicher Leichenfundort
 - o Nicht abgeschlossenes Gelände
 - o Öffentlichkeit etc.
- Umstände, die auf ein Vergehen oder Verbrechen hindeuten:
 - o Vergiftung
 - o Ersticken
 - o Abtreibung, Fehlgeburt

⁸⁹ Vgl. <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/medilega/pages/droitmortb.html> (Stand: 28.05.2005).

- Totschlag etc.
- Unwahrscheinlichkeiten zur Zeit der Entdeckung des Leichnams:
 - mit der Position der Leiche nicht zu vereinbarende Leichenflecken,
 - als Suizid getarnte verdächtige Verletzungen.
- Auskunft erhalten von:
 - Familie, Angehörigen, Nahestehenden, Nachbarn etc.
- Die Feststellungen nach der Untersuchung der Leiche.
 - Spuren von Gewalteinwirkung etc.

Unbekannte Tote

Wenn es sich bei einer Leiche um einen unbekanntem Toten handelt, werden immer polizeiliche Ermittlungen durchgeführt. In diesen Fällen wird, auch wenn es sich um einen natürlichen Tod handelt, immer ein Bericht⁹⁰ an die Staatsanwaltschaft übersandt. Dieser Akt ist in Frankreich eine förmliche Sache. Die Befugnis einen solchen Bericht, auch `contestation` genannt, zu verfassen, hat nicht jeder französische Polizeibeamte. Nur ein Kriminalbeamter (Officier de police judiciaire), der dafür eine entsprechende Prüfung abgelegt hat, darf die entsprechenden Rechtseingriffe vornehmen. Neben dem Erstellen des o.g. Berichts zählen u.a. die Verbringung einer Person in Polizeigewahrsam, die Beschlagnahme und die Versiegelung. Die Institution des Officier de police judiciaire lässt sich mit der deutschen Hilfsbeamtenengenschaft vergleichen.⁹¹

Nachlass

Hinsichtlich des Nachlasses wird der örtliche Richter des Amtsgerichts (tribunal d`instance) benachrichtigt. Zur Sicherung des Eigentums versiegelt die Polizei ggf. die Wohnung des Verstorbenen. Der Richter regelt die Erbangelegenheiten. Nach Öffnung des polizeilichen Siegels an der Wohnung des Verstorbenen wird das Inventar in ein Verzeichnis aufgenommen. Wertgegenstände, welche die Polizei dem Toten abgenommen hat, werden dem Richter übergeben. Die Ermittlung der Erben ist Aufgabe des Richters. Dieser nimmt hierzu gelegentlich auch die Unterstützung der Polizei in Anspruch.⁹²

Code Pénal

Der französische Code Pénal entspricht im Wesentlichen dem deutschen Strafgesetzbuch. So finden sich in diesem Gesetzestext die strafrechtlichen Bestimmungen und Sanktionen, die gelten, wenn eine Person den Tod einer anderen gewaltsam hervorruft (Mord, Totschlag, Körperverletzung mit Todesfolge etc.). Darüber hinaus existiert im Code Pénal eine gesonderte Rechtsnorm für die Provokation eines Suizids (Code Pénal, Artikel 223-13). Strafbar ist wie in Deutschland die Störung der Totenruhe (Artikel 223-13).

⁹⁰ Dieser Bericht wird in Frankreich mit „Procès Verbal de constat“ betitelt.

⁹¹ Vgl. Schwinn, S. 426.

⁹² Vgl. Schwinn, S. 426.

Code Civil

Im Falle eines nicht natürlichen Todes präzisiert Artikel 81 des Code Civil die Rolle des Arztes. In diesem Fall darf das Begräbnis nicht stattfinden, bis ein Kriminalbeamter zusammen mit einem Arzt den Zustand des Leichnams, den Personenstand bzw. die Identifikation zu Protokoll gegeben hat. Im Gesetzestext wird explizit gefordert, sämtliche Informationen über Vornamen, Namen, Alter, Beruf, Geburtsort und Anschrift der verstorbenen Person zu erheben und zu dokumentieren.

Unterschieden wird zwischen zwei Möglichkeiten eines nicht natürlichen Todes: entweder handelt es sich um einen gewaltsamen Tod, der kein kriminalpolizeiliches Handeln erforderlich macht, z.B. ein Unfall, für den der Verstorbene selbst verantwortlich ist. Oder es liegt ein Todesfall mit Verdachtsmomenten vor, so dass die Prozedur für nicht natürliche, verdächtige Todesfälle (mort suspecte) eingeleitet wird.⁹³

Code de la santé publique

Die Verordnung vom 17.11.1986 beinhaltet Bestimmungen über Begräbnisse in Bezug auf bestimmte ansteckende Krankheiten. Demnach ist es unerlässlich, einen mit folgenden Krankheiten infizierten Leichnam unverzüglich in einen luftdichten Sarg zu betten: Pocken u.ä., Cholera, Karbunkel⁹⁴ usw. Ein mit der Pest, Hepatitis, Tollwut oder AIDS infizierter Leichnam muss sofort in einen einfachen Sarg verbracht werden.

Der Leichentransport vor Einsargung und Maßnahmen zur Konservierung der Leiche ist verboten, wenn die Leiche mit ansteckenden Krankheiten infiziert ist.⁹⁵

Nach Maßgabe des Code de la santé publique muss die Bestattung einer Leiche frühestens nach 24 Stunden, im Regelfall spätestens nach drei Tagen erfolgen. Ausnahmsweise kann diese Bestattungsfrist auf maximal fünf Tage ausgeweitet werden, z.B. wenn Familienangehörige zunächst nicht erreichbar sind oder wegen einer noch vorzunehmenden Obduktion. Die Aufbewahrung der Leiche erfolgt während dieser Zeit in einem Krankenhaus (Leichenkühlschrank) oder in einem Gebäude auf dem Gelände des Staatsfriedhofs.⁹⁶

Code Général des Collectivités Territoriales

Im Code Général des Collectivités Territoriales (Gesetzbuch über Gebietskörperschaften) sind sämtliche Bestimmungen über Bestattungen, Leichentransport, Feuerbestattung usw. geregelt.

⁹³ Vgl. <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/medilega/pages/droitmortb.html> (Stand: 28.05.2005).

⁹⁴ Lat. carunkulus, Geschwür, Furunkel.

⁹⁵ Vgl. <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/medilega/pages/droitmortb.html> (Stand: 28.05.2005).

⁹⁶ Vgl. Schwinn, S. 426.

Damit entspricht der Code Général des Collectivités Territoriales den Bestattungsgesetzen der deutschen Bundesländer.

Feuerbestattungen

In Frankreich werden etwas mehr als 20 % der Todesfälle eingeäschert. Landesweit existieren 107 Krematorien. Der Umgang mit Feuerbestattungen wird liberaler gehandhabt als in Deutschland. So ist sowohl die Beisetzung oder Verstreuerung außerhalb des Friedhofs als auch die Aufbewahrung der Asche zu Hause erlaubt.⁹⁷

Die gesetzliche Grundlage für Feuerbestattungen in Frankreich ist der Code Général des Collectivités Territoriales, genauer gesagt ist es Artikel R. 2213-34 bis -39.⁹⁸

Mit Feuerbestattungen hat die Polizei in Frankreich im Normalfall nichts zu tun, weil die Leiche erst zur Feuerbestattung freigegeben wird, wenn keine rechtsmedizinischen Probleme bestehen. Das ergibt sich aus Art. R. 2213-34. Demzufolge muss für eine Feuerbestattung ein Zertifikat eines vom Staat beauftragten Arztes vorliegen, aus dem sich der sichere Todeseintritt und die Tatsache, dass der Leichnam keinerlei rechtsmedizinische Bedenken begründet, hervorgehen.

„Un certificat du médecin chargé par l'officier d'état civil de s'assurer du décès et affirmant que celui-ci ne pose pas de problème médico-légal [...]“⁹⁹.

Leichentransport

Im Falle eines Leichentransports mit Ortswechsel innerhalb Frankreichs muss der Sarg mit der Leiche auch in Fällen des natürlichen Tods versiegelt werden. Die entsprechenden Vorschriften verlangen, dass die Versiegelung durch den Dienststellenleiter der örtlichen Polizei durchgeführt wird. Der Beamte erhält hierfür eine Aufwandsentschädigung.

Diese Verfahrensweise soll absichtliche oder versehentliche Verwechslungen der Leiche verhindern.

Certificat de décès

Im Normalfall wird das Certificat de décès (Todesbescheinigung) vom Arzt an die Behörden übergeben.¹⁰⁰

In diesem Totenschein muss der Arzt, ein Doktor der Medizin, den sicheren Tod feststellen. Außerdem müssen - wie in Deutschland - die Todesursachen festgeschrieben werden. Seit dem 01.01.1997 (Arrête¹⁰¹ du 24/12/1996) gibt es zwei Modelle für Todesbescheinigungen. Das erste Modell gilt für alle lebend und lebensfähig geborenen Kinder, die im Zeitraum zwischen Geburt und dem 27. Tag verstorben sind. Die zweite Todesbescheinigung ersetzt die

⁹⁷ Vgl. www.aeternitas.de (Stand 11.05.2005).

⁹⁸ Vgl. <http://www.afif.asso.fr/francais/conseils/legislation/cremation.html> (Stand: 07.06.2005).

⁹⁹ Art. R. 2213-34 des Code Général des Collectivités Territoriales.

¹⁰⁰ Vgl. Paysant, S. 1.

¹⁰¹ Arrête: Beschluss, Erlass, Verfügung.

Form gemäß Arrête du 16/07/1987 und gilt für alle Todesfälle ab dem 28. Lebenstag. Diese Bescheinigung ist auf blauem Papier gedruckt und heißt daher `Certificat de décès bleu`.¹⁰²

Das Certificat de décès besteht aus zwei Teilen. Der erste Teil (Partie supérieure) enthält die allgemeinen Angaben zur Person des Verstorbenen, Zeitpunkt des Todeseintritts, zuständige Gemeinde des Todesfalls, Todesart und Todesfeststellung sowie Unterschrift und Stempel des Arztes. Dieser Part der Todesbescheinigung wird dreifach ausgefertigt. Da der Totenschein für ganz Frankreich einheitlich aussieht, hat jeder Arzt die Möglichkeit, bei der Todesart zwischen natürlichem, nicht natürlichem und verdächtigem Tod zu entscheiden.

Der zweite Teil der Bescheinigung (Partie inférieure) ist anonym, wird vom Arzt verschlossen und versiegelt, ist getrennt vom ersten Teil und wird nicht mehrfach ausgestellt. Hier wird u.a. die Todesursache vermerkt. Dazu sind die Krankheiten zu vermerken, die zum Tod geführt haben. Dabei ist wie in Deutschland eine Kausalkette festzulegen. Ebenso ist die Krankheit zu nennen, die den Tod direkt verursacht hat.¹⁰³

Des Weiteren muss eine Erklärung über den Todesfall (la déclaration de décès) innerhalb von 24 Stunden nach Todeseintritt bei dem zuständigen Rathaus (mairie) des Verstorbenen eingereicht werden. Diese Erklärung kann von einem Familienmitglied, jeder anderen Person oder von einem beauftragten Beerdigungsinstitut abgegeben werden.¹⁰⁴

Obduktionen

Ebenso wie in Deutschland wird auch in Frankreich zwischen klinischer und rechtsmedizinischer Obduktion unterschieden.¹⁰⁵

Klinische Obduktionen

Eine klinische Obduktion (autopsie medicale) hat das Ziel, die Gründe für einen natürlichen Tod zu erheben. Also dient diese Art der Obduktion medizinischen und wissenschaftlichen Zwecken.

Am 31.12.1941 war in Frankreich ein Gesetz und dazu ein Verwaltungsreglement vom 17.04.1943 ergangen, wonach Todesfälle in Krankenhäusern sofort den Angehörigen bekannt gegeben werden mussten. Widersprachen diese einer Obduktion, so durfte sie auch zu wissenschaftlichen Zwecken nicht erfolgen. Vielmehr war der Leichnam auf Verlangen heraus zu geben. Dieser Rechtszustand hat durch das Gesetz Nr. 47-2057 vom 20.10.1947 eine Änderung erfahren. Nach Art. 1 des Gesetzes dürfen klinische Sektionen in bestimmten, vom Gesundheitsministerium bezeichneten Krankenhäusern ohne Abwarten einer Frist („sans délai“) und sogar ohne Zustimmung der Angehörigen („même en l'absence d'autorisation de la fa-

¹⁰² Vgl. <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/medilega/pages/droitmortb.html> (Stand: 28.05.2005).

¹⁰³ Vgl. Paysant, S. 2.

¹⁰⁴ Vgl. <http://www.obseques-liberte.com/pompes-funebres-informations-urgentes/declaration-de-deces.htm> (Stand 24.05.2005).

¹⁰⁵ Vgl. http://www.vulgaris-medical.com/front/?p=index_fiche&id_article=3185 (Stand : 24.05.2005)

mille“) vorgenommen werden, wenn ein wissenschaftliches oder therapeutisches Interesse vorliegt. Dieses muss vom leitenden Arzt schriftlich begründet werden. Außerdem muss der Eintritt des Todes von zwei Ärzten bestätigt werden, die alle Kriterien für die Feststellung des Todes prüfen müssen, welche durch Zusatzverordnungen des Gesundheitsministers vorgeschrieben werden.

Die Kriterien zur Feststellung des Todes wurden erstmals in der Verordnung vom 03.02.1948 festgelegt, die dann durch eine Verordnung vom 19.09.1958 erweitert und schließlich durch die Verordnung Nr. 67 vom 24.04.1968 ersetzt wurde, als deren Kriterien irreversible Läsionen, die unvereinbar mit Leben sind, im Speziellen Zerstörungen und irreparable pathologische Veränderungen des Zentralnervensystems im Ganzen, festgestellt werden müssen.¹⁰⁶

Rechtsmedizinische Obduktionen

Die rechtsmedizinische Obduktion (autopsie médico-légale) dient dazu, den Leichnam zu identifizieren oder die Todesursache eines nicht natürlichen, verdächtigen Todesfalles herauszufinden.¹⁰⁷

Eine rechtsmedizinische Obduktion wird durch den leichenschauenden Arzt oder die Polizei angeregt und vom Richter oder Staatsanwalt nach Aktenprüfung angeordnet, die jedoch nicht bei der Sektion zugegen sein müssen. Der Staatsanwalt eröffnet die offiziellen Ermittlungen. Der Kriminalbeamte, der mit den Ermittlungen betraut ist, officier de police judiciaire, ist verpflichtet, an der Obduktion teilzunehmen. Die Polizei hat die Aufgabe, Fotos von der Obduktion zu fertigen.¹⁰⁸

Eine rechtsmedizinische Obduktion in Frankreich beginnt mit der äußerlichen Leichenschau des Leichnams und seiner natürlichen Körperöffnungen. Anschließend wird der Körper geöffnet. So werden die einzelnen Körperteile und Organe untersucht. Nach der Obduktion wird der Leichnam wieder hergerichtet.¹⁰⁹

7.4. Vergleichende Gegenüberstellung

Im Fazit stellt sich die französische Gesetzeslage in Bezug auf die Leichenschau im Vergleich zur deutschen als klarer und eindeutiger dar.

Dies liegt in erster Linie daran, dass der Arzt in Frankreich genau wie in Deutschland den Tod feststellen muss, aber die Möglichkeit hat, den Todesfall als mort suspecte zu deklarieren. Die Voraussetzungen, einen Todesfall in Frankreich als verdächtig einzustufen, sind sehr niedrig, d.h. es reichen banale Unklarheiten über den Toten, die Todesumstände etc. aus. Laut des französischen Code de Procédure Pénale müssen all diese Verdachtsfälle, nicht nur die nicht natürlichen Todesfälle, an die Strafverfolgungsbehörden weiter gemeldet werden.

¹⁰⁶ Vgl. Brugger/ Kühn, S.99ff.

¹⁰⁷ Vgl. http://www.vulgaris-medical.com/front/?p=index_fiche&id_article=3185 (Stand : 24.05.2005).

¹⁰⁸ Vgl. Schwinn, S. 428.

¹⁰⁹ Vgl. http://www.vulgaris-medical.com/front/?p=index_fiche&id_article=3185 (Stand : 24.05.2005).

Dahingegen besteht laut deutscher Strafprozessordnung lediglich für die Fälle eines nicht natürlichen Todes die Verpflichtung für die Polizei oder die Gemeindebehörden zur Anzeige an die Staatsanwaltschaft oder an das Amtsgericht.

Von Vorteil in Frankreich sind darüber hinaus die einheitlichen Regelungen zu Bestattungen, Feuerbestattungen, Totenschein, Leichentransport usw., die alle im Code Général des Collectivités Territoriales niedergeschrieben sind. In Deutschland ist der Inhalt der Todesbescheinigung von Bundesland zu Bundesland verschieden geregelt. Es gelten die verschiedensten Bestattungsgesetze, siehe hierzu unter der Überschrift 7.1 den Punkt `Eklatante Unterschiede der Landesbestattungsgesetze`. Auch die Feuerbestattung ist uneinheitlich geregelt, teilweise nach Bundesrecht, teilweise nach Landesrecht.

Das französische bürgerliche Gesetzbuch, der Code Civil, enthält im Gegensatz zum deutschen BGB eine klare zivilrechtliche Rechtsvorschrift zum Verfahren bei einem gewalttätigen Tod oder Umständen, die auf einen solchen hindeuten.

Ansonsten stimmen die Rechtsvorschriften im Umfeld des Todes mehr oder weniger überein. So entsprechen die einschlägigen Normen des deutschen Strafgesetzbuches im Großen und Ganzen denen des französischen Code Pénal. Auch der Umgang mit infizierten Leichen wird in Frankreich und in Deutschland in den entsprechenden Gesetzestexten ähnlich geregelt. Weiterhin sind Ziel und Zweck von klinischen und gerichtlichen Obduktionen in den beiden Ländern identisch.

Grafik: Gegenüberstellung der für das Leichenwesen relevanten Gesetze in Frankreich und Deutschland.

Deutschland	Frankreich
Strafgesetzbuch	Code Pénal
<ul style="list-style-type: none"> - Tötungsdelikte - Störung der Totenruhe 	<ul style="list-style-type: none"> - Tötungsdelikte - Störung der Totenruhe
Strafprozessordnung	Code de la Procédure Pénale
<ul style="list-style-type: none"> - Identifizierung des Toten - Unnatürlicher Tod 	<ul style="list-style-type: none"> - Verfahrensweise beim Leichenfund (natürlich, gewalttätig, unbekannt, verdächtig)
Bürgerliches Gesetzbuch	Code Civil
<ul style="list-style-type: none"> - Körper einer Leiche gilt als Sache 	<ul style="list-style-type: none"> - Rolle des Arztes bei nicht natürlichen oder verdächtigen Todesfällen
Bestattungsgesetze der Bundesländer	Code Général des Collectivités Territoriales
<ul style="list-style-type: none"> - Feuerbestattungen - Leichentransport - Bestattungsvorschriften 	<ul style="list-style-type: none"> - Feuerbestattungen - Leichentransport - Bestattungsvorschriften
Bundeseseuchengesetz	Code de la Santé Publique
<ul style="list-style-type: none"> - Begräbnisse bei bestimmten Krankheiten - Leichentransport bei ansteckenden Krankheiten 	<ul style="list-style-type: none"> - Begräbnisse bei bestimmten Krankheiten - Leichentransport bei ansteckenden Krankheiten

8. Landesspezifische Besonderheiten

Während sich in deutschen Studien und Veröffentlichungen sehr viele Negativbeispiele bezüglich des Leichenschauwesens der BRD finden, wird in der französischen Literatur sehr viel weniger Kritik geäußert. Das liefert schon den ersten Hinweis auf die landesspezifischen Besonderheiten.

In Deutschland stehen die praktischen Probleme und die mangelhaft durchgeführten Leichenschauen im Vordergrund. Im Gegensatz dazu sticht in Frankreich die ambitionierte Forschung auf dem Gebiet der forensischen Entomologie (Insektenkunde) ins Auge.

8.1. Deutschland

Bei der praktischen Umsetzung der Leichenschau werden von Medizinern, Polizei, Staatsanwaltschaft und in vereinzelt Fällen auch von der Rechtsmedizin empirischen Studien zufolge Fehler gemacht.¹¹⁰

Die wohl aussagefähigste Studie der letzten Jahre ist die multizentrische Studie der Gesellschaft für Rechtsmedizin¹¹¹ zu den Fehlleistungen bei der Leichenschau aus dem Jahr 1997. In diesem Jahr wurden in der BRD 852.382 Sterbefälle registriert. In 23 von 38 rechtsmedizinischen Instituten wurden in knapp einem Jahr 13.000 Sektionen vorgenommen. Von den zuerst hinzugezogenen Ärzten, welche die vorgeschriebene Leichenschau durchgeführt und die Todesbescheinigung ausgestellt hatten, waren bei den 13.000 seziierten Leichen in 350 Fällen als Todesursache natürlicher Tod attestiert worden. Von diesen 350 Bescheinigungen erwiesen sich 92 als falsch:

- 12 Fälle stellten sich als Tötungsdelikte heraus,
- 49 entpuppten sich als Unglücksfälle und
- 19 als Todesfälle nach medizinischen Maßnahmen (z.B. ärztliche Kunstfehler).

Bei den in der BRD registrierten Todesfällen kann man also bei einer vorsichtigen Hochrechnung von mindestens 11.000 falsch beurkundeten Todesfällen ausgehen. Die Zahl der Tötungsdelikte unter diesen dürfte bei 1.200 (Minimalschätzung) liegen. Dieses Ergebnis trifft nach Lothar Herrmann¹¹² auch für die letzten Jahre zu, da sich die Zahl der Todesfälle nur un-erheblich verändert hat.

Bei dieser Studie handelt es sich um eine der herausragendsten der letzten Jahre. Über die Zahlen und Statistiken nicht natürlicher Todesfälle wird unter Punkt 9 genauer berichtet.

¹¹⁰ Vgl. www.bdk-hessen.de/krim5.htm (Stand 11.05.2005).

¹¹¹ Vgl. Brinkmann.

¹¹² Vgl. www.bdk-hessen.de/krim5.htm (Stand 11.05.2005)

Die Arztproblematik

Jeder Arzt in Deutschland ist gesetzlich verpflichtet, die Leichenschau durchzuführen. Dabei spielt es keine Rolle, ob er mit dem Phänomen des Todes vertraut ist oder nicht. So kommt es vor, dass sich auch Augen-, Labor-, HNO¹¹³-Ärzte, Psychiater, Gynäkologen und andere Mediziner, die seit ihrem Studium keine Leiche mehr untersucht haben, der komplexen Aufgabe der Leichenschau stellen müssen. Aber auch solche Mediziner, die des Öfteren mit dieser Aufgabe betraut werden, sind nicht speziell dafür ausgebildet. Im Regelfall betrachten die Mediziner den Umgang mit Toten als unangenehme Begleiterscheinung ihrer Arbeit. Ihrer Überzeugung nach haben sie den Beruf gewählt, um Lebenden zu helfen.¹¹⁴

Stadt-Land-Problematik

Eklatante Unterschiede sind bei der Verfahrensweise auf dem Land und in der Stadt zu verzeichnen. Während sowohl Polizisten als auch Mediziner auf dem Land wenig Erfahrung auf dem Gebiet der Leichensachbearbeitung auf Grund fehlender Praxis haben, steht in größeren Städten rund um die Uhr eine überwiegend kompetente Bereitschaft zur Verfügung. Weiterhin fehlt auf dem Lande oftmals der räumliche Bezug und der direkte Kontakt zur Rechtsmedizin.

8.2. Frankreich

Médecin auxiliaire de la justice

In Frankreich gibt es eine Besonderheit, die Funktion des „Hilfsmediziners“ der Justiz. Demnach kann ein Arzt von einer Behörde (Justiz oder Verwaltung) zu besonderen Diensten verpflichtet werden. Dazu zählen z.B. Untersuchungen von Körperschmugglern¹¹⁵, von Inhaftierten zur Haftfähigkeit, von misshandelten oder sexuell missbrauchten Kindern, Erstellen sowie das Erstellen von medizinisch-psychologischen Gutachten minderjähriger Straftäter u.a.

Auch für eine Obduktion auf zivilrechtlicher oder strafrechtlicher Grundlage kann solch ein Hilfsmediziner ernannt werden.

Die gesetzliche Grundlage für die Ernennung eines solchen Arztes ist im Code de déontologie¹¹⁶ zu finden.

Prinzipiell kann jeder französische Arzt zu solchen Hilfsdiensten verpflichtet werden. Allerdings hat der berufene Mediziner die Möglichkeit, sich selbst als inkompetent zu erklären (Article 101 du code de déontologie). Daher wird für eine Obduktion normalerweise von vornherein ein ausgebildeter Rechtsmediziner berufen.¹¹⁷

¹¹³ HNO = Hals Nasen Ohren

¹¹⁴ Vgl. Rückert, S. 122ff.

¹¹⁵ Körperschmuggler: Drogen werden in kleinen Mengen abgepackt, zum Schmuggel geschluckt und so im Körper transportiert.

¹¹⁶ Déontologie (fr.) – Berufspflichtenlehre.

¹¹⁷ Vgl. Pouillard, S. 9.

Forschung/Forensische Entomologie

In Frankreich stehen zwei separat organisierte forensische Dienstleistungsanbieter des Staates landesweit zur Verfügung. So unterhält die Gendarmerie Nationale ein zentrales Institut de Recherche Criminelle (IRCGN) in der Nähe von Paris und die Police Nationale mit der Police Technique et Scientifique (PTS) Kriminaltechniken mit jeweils vergleichbarer Größe an fünf Standorten (Lille, Lyon, Marseille, Paris und Toulouse).¹¹⁸

Eine Sonderstellung außerhalb des rechtsmedizinischen Routineinstrumentariums nimmt die Insektenkunde, die sog. Forensische Entomologie, ein. Diese gerichtsmedizinisch-kriminalistische Insektenkunde ist keine neue Fachdisziplin, wird aber nur in wenigen Ländern praktiziert, allen voran Frankreich, USA und Kanada.¹¹⁹

Französische Experten sind in der europäischen forensischen Entomologie führend. Als einziges Land verfügen sie über ein rein polizeilich genutztes und von Polizisten und Technikern betriebenes insektenkundliches Labor in Rosny-sous-bois. Im deutschsprachigen Raum ist die Technik zwar bekannt, befindet sich aber insgesamt noch in den Anfängen.¹²⁰ In Frankreich werden im Gegensatz zu Deutschland die Methoden der forensischen Entomologie fast routinemäßig angewendet.

Der Insektenbefall der Leiche kann helfen, den Todeszeitpunkt präzise zu bestimmen. Die verschiedenen Insekten, die eine Leiche nacheinander besiedeln, stellen eine `lebende Uhr` dar. Auch ob der Mensch am Fundort oder an anderer Stelle starb, lässt sich unter Umständen durch die Kerbtiere, ihre Spuren und Überreste ermitteln. Weiterhin lässt sich durch diese Methode nachweisen, ob scheinbare Wunden zu Lebzeiten durch fremde Gewalteinwirkung oder nach dem Tod durch Insektenfraß entstanden. Insekten, die auf den menschlichen Überresten gelebt haben, können sogar Hinweise auf mögliche Vergiftungen oder Drogenkonsum des Verstorbenen geben.¹²¹

Diese Forschung ist für die Todesursachenfeststellung und die Aufklärung von Todesfällen sehr wichtig.

¹¹⁸ Vgl. Simmross, S. 739.

¹¹⁹ Vgl. Benecke, 2002, S. 42.

¹²⁰ Vgl. Benecke, 1998, S. 154.

¹²¹ Vgl. Benecke, 2002, S. 42.

9. Todesstatistiken

Die Todesursachenstatistik ist die elementare Grundlage zur Ermittlung wichtiger Gesundheitsindikatoren wie Sterbeziffern, verlorene Lebensjahre und vermeidbare Sterbefälle. Durch eine solche Statistik ist eine fundierte Todesursachenforschung möglich, die die Einflussfaktoren der Gesundheitsindikatoren, die regionalen Besonderheiten der todesursachenspezifischen Sterblichkeit und ihre Veränderung im Laufe der Zeit untersucht.

9.1. Weltgesundheitsorganisation

Im vertraulichen Teil der Leichenschauformulare ist unter der Rubrik Todesursache der Krankheitsverlauf gemäß den Regeln der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO) in einer Kausalkette vom ausstellenden Arzt zu dokumentieren. Dabei sind sowohl die unmittelbare Todesursache als auch die vorangegangenen Ursachen – Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben, das Grundleiden etc. – anzugeben. Darüber hinaus sind andere wesentliche, mit zum Tode führende Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grundleiden aufzuführen.

Abb.: Internationales Formblatt zur ärztlichen Todesursachenbescheinigung¹²²:

Todesursache		Ungefähre Zeitspanne zwischen Beginn der Krankheit und Tod
I		
Direkt zum Tode führende Krankheit (oder Zustand) *)	a)..... bedingt durch (Folge von)
vorausgegangene Ursachen Krankheitszustände, welche zu der oben angeführten Ursache geführt haben, mit der ursprünglichen Ursache an letzter Stelle	b)..... bedingt durch (Folge von)
	c)..... bedingt durch (Folge von)
	d)..... Grundleiden
II		
Andere wesentliche Krankheitszustände, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der Krankheit selbst oder mit dem die Krankheit verursachenden Zustand im Zusammenhang zu stehen.
*) Hierunter fällt nicht die Art des Todes Eintritts, wie z.B. Herz-Kreislaufversagen, Atemstillstand usw. sondern die Krankheit, Verletzung oder Komplikation, welche den Tod herbeiführt.		

¹²² Madea, S. 253.

9.2. Deutschland

In Deutschland werden die Todesursachen aller Verstorbenen in den Statistischen Landesämtern erfasst und fließen anschließend in die Todesursachenstatistik des Bundes und der Länder ein.

Die Todesursachenstatistik der Bundesrepublik Deutschland wird aus zwei Informationsquellen gespeist. So entstammen die demographischen Daten des Verstorbenen der „Statistischen Zählkarte `Sterbefall`“, die das zuständige Standesamt auf Grund der Sterbefallanzeige ausfüllt. Die Todesursache selbst basiert auf den Angaben zur Todesursache im vertraulichen Teil der Todesbescheinigung.¹²³

Derzeit wird die Todesursachenstatistik in Deutschland nur unikausal aufbereitet. Das heißt, von der auf den Todesbescheinigungen angegebenen Todesursache wird nur eine, das Grundleiden, ausgewählt. Die Regeln der WHO sehen dabei vor, dass die Eintragungen zur Todesursache von der unmittelbar zum Tode führenden Ursache auf das Grundleiden zurück zu führen sind. Definiert wird das Grundleiden wie folgt: „Das Grundleiden ist die Krankheit oder Verletzung, die den Ablauf der direkt zum Tode führenden Krankheitszustände auslöste oder die Umstände des Unfalles oder der Gewalteinwirkung, die den tödlichen Ausgang verursachten“.¹²⁴

Todesursachen

Die aktuellsten Zahlen der Mortality Database¹²⁵ der Weltgesundheitsorganisation sind für Deutschland aus dem Jahr 2001. Allerdings waren für Frankreich nur die Zahlen aus dem Jahr 2000 verfügbar, so dass auch für Deutschland – zu besseren Vergleichszwecken - die Zahlen aus diesem Jahr Grundlage für folgende Ausführungen sind.

Nach dieser Statistik starben im Jahr 2000 in Deutschland 388.981 männliche und 449.816 weibliche Personen, das sind insgesamt **838.797 Sterbefälle**.

Die deutsche Bevölkerung zählte in diesem Jahr bei Erstellung der WHO Statistik **82.187.614 Einwohner**. Der Anteil der Sterbefälle in Bezug auf die Einwohnerzahl liegt somit bei ca. 1 %.

Die Haupttodesursachen in Deutschland sind Krankheiten des Kreislauf-Systems mit insgesamt 395.043 Sterbefällen, also **47,1 %**, gefolgt von malignen¹²⁶ Neoplasmen¹²⁷ (d.h. bösartige Neuerkrankungen, insbesondere Krebs) mit insgesamt 210.738 Todesfällen (25,1 % an der Gesamtzahl der Sterbefälle).

¹²³ Vgl. Madea, S. 252.

¹²⁴ Christian.

¹²⁵ Vgl. http://www3.who.int/whosis/mort/table1_process.cfm (Stand: 05.06.2005).

¹²⁶ Maligne (lat.) = bösartig.

¹²⁷ Neoplasma, Neoplasmen = Neubildung von Gewebe in Form einer Geschwulst.

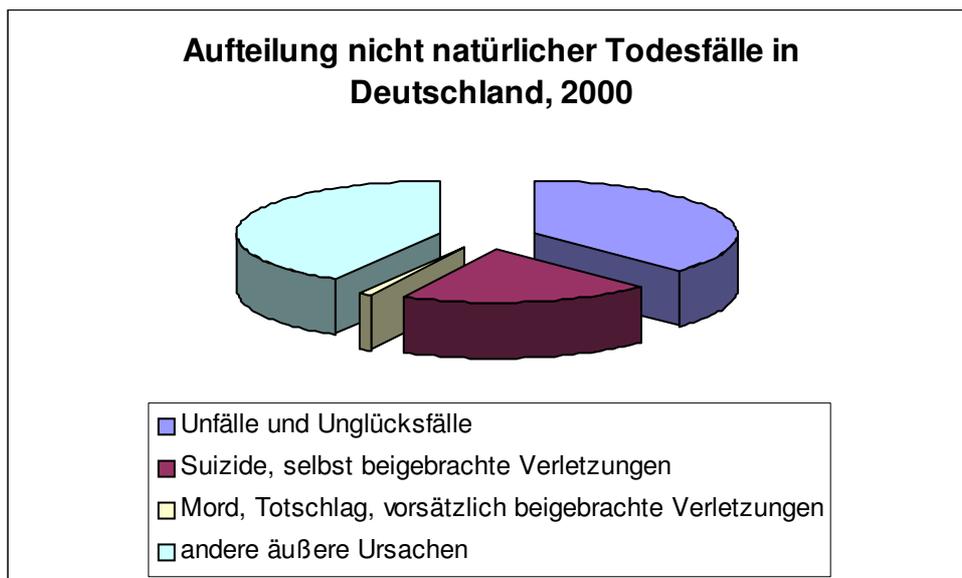
Herausragend ist die Zahl der todesbedingenden Krankheiten des Kreislaufsystems in Deutschland, welche fast die Hälfte aller Todesursachen ausmachen. Siehe hierzu die Tabelle der Aufschlüsselung aller natürlichen Todesfälle in Deutschland im Jahr 2000 im Anhang 13.3.

Nicht natürliche Todesursachen

Die Anzahl der **nicht natürlichen Todesfälle** beläuft sich nach der vorliegenden Statistik der WHO auf **insgesamt 34.523**. Zu den nicht natürlichen Todesfällen zählen im Einzelnen: Unfälle und Unglücksfälle¹²⁸ (z.B. Verkehrsunfälle, Stürze, Maschinenunfälle u.ä.), Suizide und selbst beigebrachte Verletzungen, Mord, Totschlag und von anderen Personen vorsätzlich beigebrachte Verletzungen sowie andere äußere Ursachen.

Der Anteil der nicht natürlichen Todesfälle an den Sterbefällen insgesamt liegt somit bei ca. 4,12 %.

Grafik¹²⁹: Aufteilung nicht natürlicher Todesfälle in Deutschland, 2000.



In der BRD waren laut WHO-Statistik Unfälle und Unglücksfälle mit einem Anteil von ca. 58,8 % die Hauptursache nicht natürlicher Todesfälle, gefolgt von den Suiziden mit ca. 32,1 %. Die Kategorie der Tötungsdelikte bildet das Schlusslicht mit nur ca. 1,7 %. Siehe hierzu auch die Tabelle im Anhang 13.3.

¹²⁸ Im Originaltext heißt es: „accidents and adverse effects“.

¹²⁹ Anmerkung: selbst erstellte Grafik auf Basis der WHO-Todesursachenstatistik aus dem Jahr 2000.

Rechtsmedizinische Institute

Insgesamt gibt es in Deutschland 31 rechtsmedizinische Institute, in 30 Städten: Berlin, Bonn, Dresden, Düsseldorf, Erlangen/Nürnberg, Essen, Frankfurt am Main, Freiburg, Gießen, Göttingen, Greifswald, Halle, Hamburg, Homburg, Hannover, Heidelberg, Jena, Kiel, Köln/Aachen, Leipzig, Lübeck, Magdeburg, Mainz, München, Münster, Potsdam, Rostock, Tübingen, Ulm und Würzburg.¹³⁰

Seit Jahren wird allerdings in Deutschland an den Universitätsinstituten für Rechtsmedizin gespart. Derzeit arbeiten knapp 400 Rechtsmediziner in Deutschland, fast alle an Universitätsinstituten.

In Bochum, Marburg und Regensburg ist das Fach gar nicht vertreten. In Berlin sollen die beiden Institute zusammengelegt werden. Fusionieren sollen offenbar auch die Institute in Halle und Magdeburg, in Kiel und Lübeck sowie in Erlangen/Nürnberg und Würzburg. Dann gäbe es in Bayern nur noch zwei rechtsmedizinische Institute. Auch in Göttingen und Greifswald hört man immer wieder von Schließungsplänen.¹³¹

Abb.: Lage der rechtsmedizinischen Institute in Deutschland:



¹³⁰ Vgl. <http://www.dgrm.de> (Stand: 31.05.2005).

¹³¹ Vgl. http://www.merkur.de/archiv/neu/rm_0510/la/wiss:050401.html (Stand: 11.05.2005).

Obduktionsrate

In der BRD werden zunehmend weniger Sektionen durchgeführt. In der Vergangenheit ging man noch von knapp 8 %, heute nur noch von etwa 5 % aus. In den Instituten selbst werden statistisch tatsächlich nur noch zwischen 1-2 % aller Leichname seziert.¹³² Damit zählt Deutschland international zu den Schlusslichtern.¹³³

Wie wichtig aber nicht nur die rechtsmedizinischen, sondern auch die klinischen Obduktionen sind, ergibt sich aus allen bisherigen Ausführungen. Der Sinn und die Notwendigkeit klinischer Obduktionen soll durch folgende Zahlen noch einmal verdeutlicht werden. Trotz der heutzutage modernen und hoch entwickelten medizinischen Standards sind immer noch ca. 40 % aller klinischen Diagnosen, die vor einer Obduktion gestellt wurden, falsch bzw. korrekturbedürftig. Daher wird in einem entwickelten Gesundheitssystem eine Obduktionsrate von 30 % aller Verstorbenen gefordert.¹³⁴ Davon sind wir derzeit in der BRD weit entfernt.

Zum Vergleich: Schon in der DDR wurden ca. 30-40 % aller Leichen und 100 % aller Kinderleichen seziert.¹³⁵

Ausbildung des leichenschauenden Arztes in Deutschland

Rechtsmedizin ist für Medizinstudenten zwar in Deutschland ein Prüfungsfach, aber ein angehender Arzt muss keine Leiche näher untersucht haben. Die Teilnahme an einer Leichenschau ist zwar möglich, aber lediglich die Inaugenscheinnahme und Präparation einer Anatomicleiche sind vorgeschrieben. Die Teilnahme an einer Obduktion ist keine Pflicht.¹³⁶

Das Fach Rechtsmedizin wird bezeichnenderweise häufig als `Stiefkind` der Mediziner- ausbildung bezeichnet.

9.3. Frankreich

Auch in Frankreich werden die Todesursachen aller Verstorbenen von einem Statistikamt erfasst und an die WHO weitergeleitet.

Zunächst wird die Todesbescheinigung (certificat de décès) von der Familie beim zuständigen Rathaus abgegeben. Der erste Teil wird im Rathaus verwahrt, der zweite wird vom Verwaltungsbeamten an eine Art Amtsarzt (Médecin de Santé Publique) übergeben. Der Médecin de Santé Publique wiederum übermittelt die Angaben des Totenscheins an das Statistische Amt (service INSERM), das für die medizinische Statistik zuständig ist.¹³⁷

¹³² Vgl. www.bdk-hessen.de/krim5.htm (Stand 11.05.2005).

¹³³ Vgl. http://www.merkur.de/archiv/neu/rm_0510/la/wiss:050401.html (Stand: 11.05.2005).

¹³⁴ Vgl. http://www.klinikum-lev.de/Medizin/Pathologie/Pathologie_Obduktionen.html (Stand: 05.06.2005).

¹³⁵ Vgl. www.bdk-hessen.de/krim5.htm (Stand 11.05.2005).

¹³⁶ Vgl. www.bdk-hessen.de/krim5.htm (Stand 11.05.2005)

¹³⁷ Vgl. Paysant, S. 5.

Todesursachen

In Frankreich starben im Jahr 2000 laut der Mortality Database der Weltgesundheitsorganisation¹³⁸ 272.040 männliche und 258.810 weibliche Personen. Insgesamt sind das **530.850 Sterbefälle**.

Die französische Bevölkerung zählte in diesem Jahr **58.895.702 Einwohner**. Der Anteil der Sterbefälle in Bezug auf die Einwohnerzahl liegt somit bei ca. 0,9 %.

Haupttodesursachen natürlicher Sterbefälle sind wie in Deutschland auch Krankheiten des Kreislaufsystems und Neubildungen. Allerdings liegt der Prozentsatz von Krankheiten des Kreislaufsystems mit ca. 30,5 % deutlich niedriger als der in Deutschland mit 47,1 %. Die übrigen todesbedingenden Krankheiten sind mit weit unter 10 % auf einem relativ niedrigen Niveau.

Siehe hierzu die Tabelle der Aufschlüsselung aller natürlichen Todesfälle in Frankreich im Jahr 2000 im Anhang 13.5.

Nicht natürliche Todesfälle

Die Anzahl der **nicht natürlichen Todesfälle** beläuft sich nach der vorliegenden Statistik der WHO auf **insgesamt 41.436**. Zu den nicht natürlichen Todesfällen werden die gleichen Unterpunkte subsumiert wie bei Deutschland (siehe 9.2).

Der Anteil der nicht natürlichen Todesfälle an den Sterbefällen liegt somit insgesamt bei ca. 7,81 %.

¹³⁸ Vgl. http://www3.who.int/whosis/mort/table1_process.cfm (Stand: 05.06.2005).

Grafik¹³⁹: Aufteilung der nicht natürlichen Todesfälle in Frankreich, 2000.



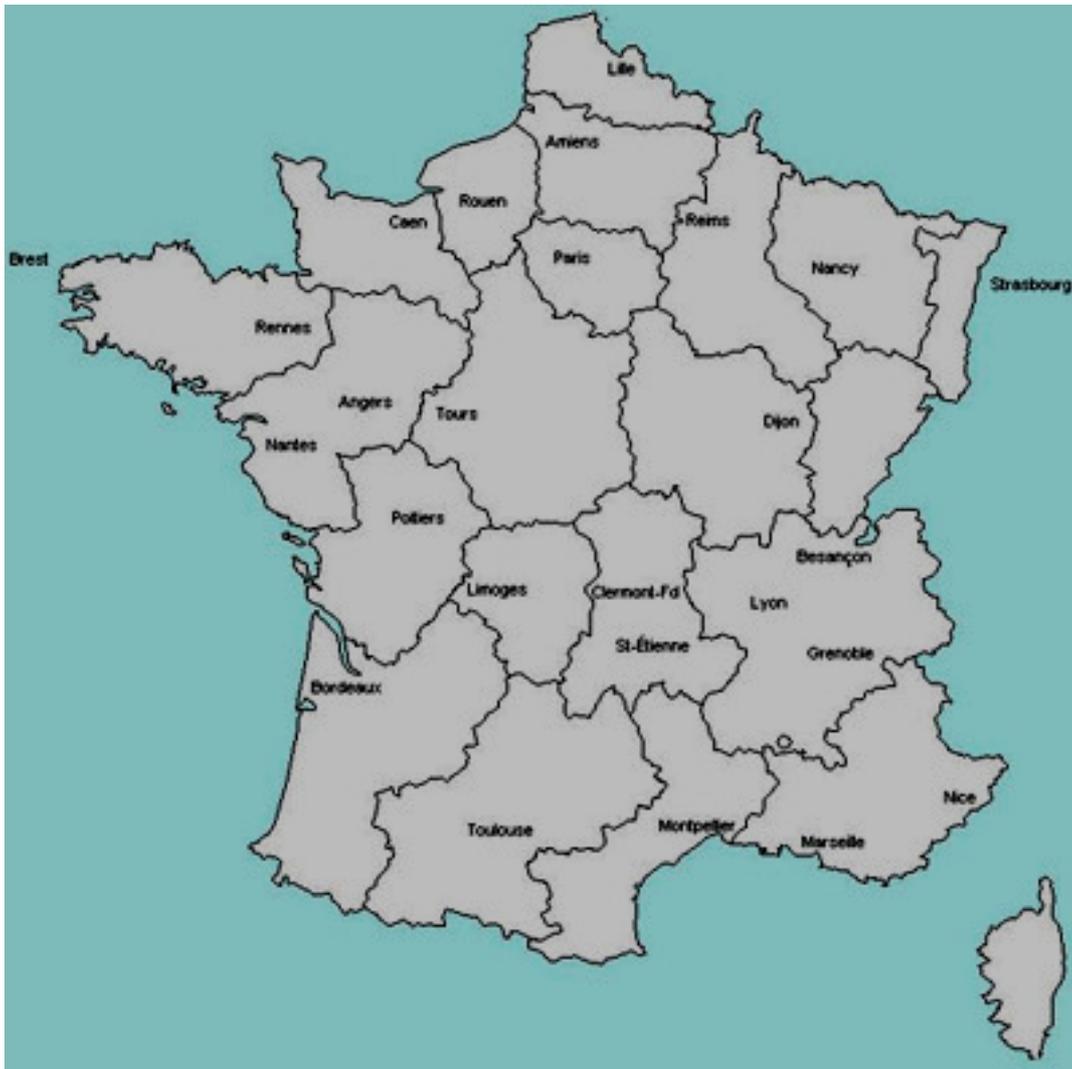
Wie in Deutschland bilden die Unfälle und die Unglücksfälle den Großteil der nicht natürlichen Todesfälle. In Prozenten ausgedrückt sind das 71,5 % aller nicht natürlichen Todesfälle. Vergleiche hierzu auch die Tabelle im Anhang 13.3.

¹³⁹ Anmerkung: selbst erstellte Grafik auf Basis der WHO-Todesursachenstatistik aus dem Jahr 2000.

Rechtsmedizinische Institute

In Frankreich gibt es in 24 Städten rechtsmedizinische Institute¹⁴⁰: Amiens, Angers, Besançon, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Nice, Paris, Poitiers, Reims, Saint-Etienne, Strasbourg, Toulouse und Tours.

Abb.: Geographische Verteilung der rechtsmedizinischen Institute:



Obduktionsrate

Jährlich werden in Frankreich ca. 5000 Obduktionen durchgeführt, davon 4000 in den Einrichtungen der Universitätskrankenhäuser. Bei ungefähr 530.000 Sterbefällen in Frankreich pro Jahr ergibt dies eine Obduktionsrate von knapp 1 %.¹⁴¹ Damit unterscheidet sich die Obduktionsrate in Deutschland nicht von der in Frankreich.

¹⁴⁰ Vgl. <http://www.smlc.asso.fr/smlc/contact/centre/> (Stand: 28.05.2005).

¹⁴¹ Vgl. Jardé, S. 13.

Ausbildung der Mediziner

In Frankreich wird der theoretische Unterricht, der an den Fakultäten abgehalten wird, vom praktischen Unterricht (stages cliniques) an den Universitätskliniken ergänzt. Es gibt 44 medizinische Fakultäten und 26 Universitätskrankenhäuser. Die Dauer des Studiums beträgt mindestens 8,5 Jahre, die in drei Abschnitte unterteilt werden.¹⁴²

Das Fach Rechtsmedizin spielt ähnlich wie in Deutschland in der Ausbildung eine untergeordnete Rolle. Erst im sechsten Studienjahr wird das Fach Rechtsmedizin mit nur 22 Semesterstunden unterrichtet.¹⁴³

9.4. Vergleichende Gegenüberstellung

Natürliche Todesfälle

Bemerkenswert ist die Verteilung der natürlichen Todesursachen in Frankreich und in Deutschland.

In Deutschland ist ein klarer Schwerpunkt bei den Erkrankungen des Kreislaufsystems zu erkennen. In Frankreich sind zwar die Erkrankungen des Kreislaufsystems sowie die Neubildungen ebenfalls an der Spitze, aber nicht in der gleichen Quantität. Die anderen todesursächlichen Krankheiten sind stärker vertreten als in Deutschland. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass der in Deutschland die Todesbescheinigung ausstellende Arzt gerne – wie allseits bekannt – als Todesursache ein Herz-Kreislauf-Versagen angibt, ohne sich die Mühe zu machen, die Kausalkette bis zum letztendlichen Herz-Kreislauf-Versagen genauer zu eruieren. Todesursache ist im Regelfall immer ein Herz-Kreislauf-Versagen, aber die Todesbescheinigung verlangt eine detaillierte Dokumentation des zum Tode führenden Krankheitsverlaufs. Außerdem hat der leichenschauende Arzt das unter Punkt 9.2 definierte Grundleiden zu benennen. Nach der Definition ist das Grundleiden aber in den wenigsten Fällen ein Herz-Kreislauf-Versagen, sondern „die Krankheit [...], die den Ablauf der direkt zum Tode führenden Krankheitszustände auslöste [...]“.

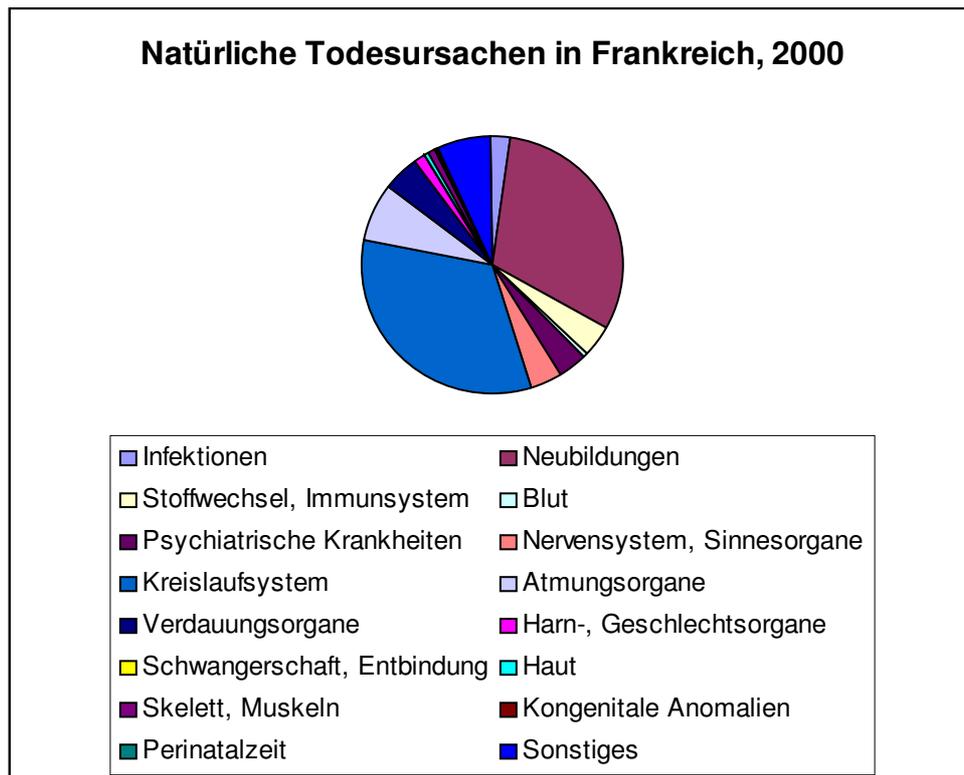
Die Zahlen lassen darauf schließen, dass sich deutsche Ärzte weniger um diese Kausalkette und die Feststellung des Grundleidens bemühen als französische.

Siehe hierzu auch die Tabellen im Anhang 13.4 und 13.5.

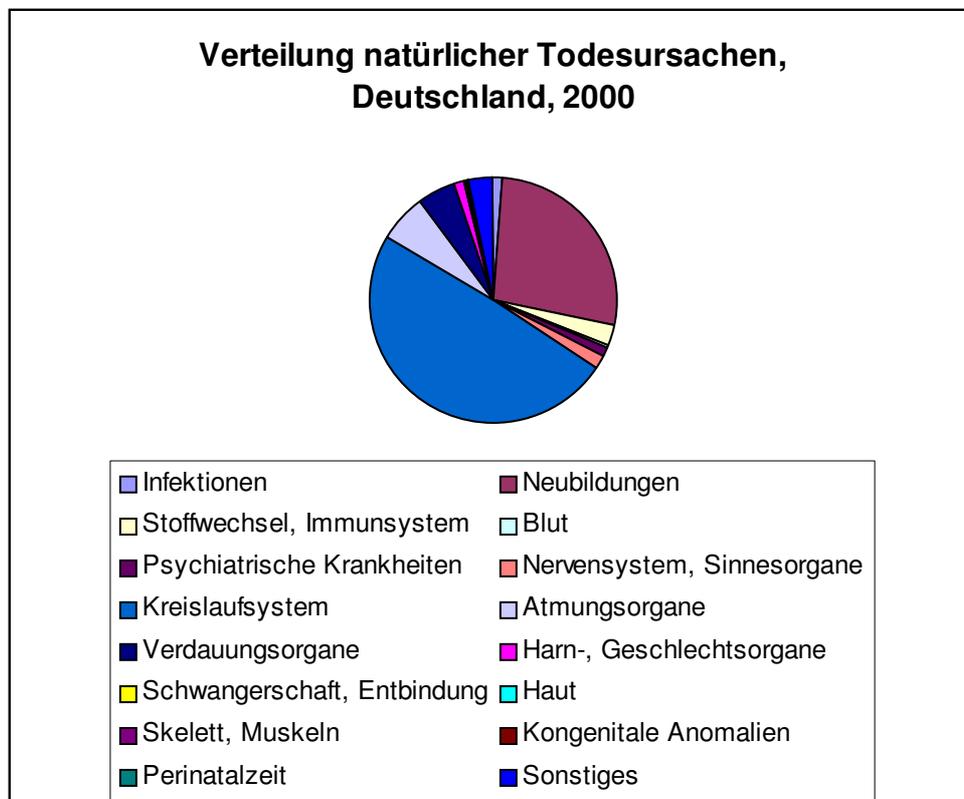
¹⁴² Vgl. <http://www.uni-erlangen.de/Aktuelles/Rumpler.html> (Stand: 11.05.2005).

¹⁴³ Vgl. <http://www.uni-erlangen.de/Aktuelles/Rumpler.html> (Stand: 11.05.2005).

Grafik¹⁴⁴: Verteilung der natürlichen Todesursachen in Frankreich:



Grafik¹⁴⁵: Verteilung der natürlichen Todesursachen in Deutschland:



¹⁴⁴ Anmerkung: selbst erstellte Grafik auf Basis der WHO-Todesursachenstatistik aus dem Jahr 2000.

¹⁴⁵ Anmerkung: selbst erstellte Grafik auf Basis der WHO-Todesursachenstatistik aus dem Jahr 2000.

Nicht natürliche Todesfälle

In Frankreich wurden im Jahr 2000 mehr nicht natürliche Todesfälle registriert als in Deutschland, obwohl in Deutschland mehr Menschen leben und somit auch mehr Menschen sterben.

Verdeutlicht wird dies durch die prozentualen Anteile der nicht natürlichen Todesfälle an den Todesfällen insgesamt: in Deutschland wurden ca. 4,12 % aller Todesfälle als nicht natürlich registriert, in Frankreich waren es ca. 7,81 %!

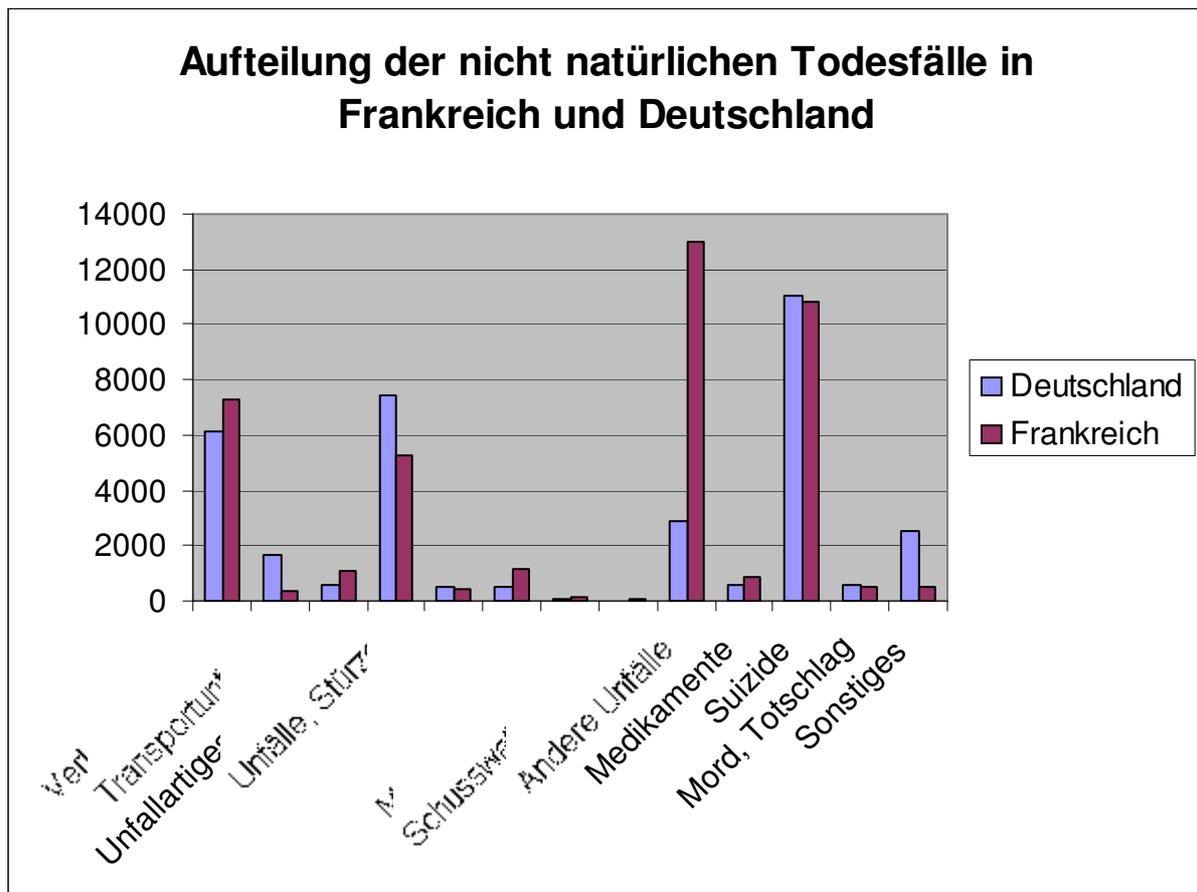
Da man auf Grund der ähnlichen Lebensbedingungen in Deutschland und Frankreich davon ausgehen kann, dass der Anteil der nicht natürlichen Todesfälle an den Sterbefällen insgesamt gleich sein müsste, kann von einem großen Dunkelfeld nicht erkannter unnatürlicher Todesfälle in Deutschland ausgegangen werden.

Bei genauerer Betrachtung der Unterschiede in der Feststellung der nicht natürlichen Todesfälle kommt man zu folgendem Ergebnis:

Spitzenreiter der nicht natürlichen Todesfälle in Deutschland sind mit über 30 % Suizide und Selbsttötungen, in Frankreich sind es Unfälle und Unglücksfälle. Ansonsten gibt es bei der Verteilung keine nennenswerten gravierenden Unterschiede.

Siehe hierzu auch die Tabelle im Anhang 13.6.

Grafik¹⁴⁶: Nicht natürliche Todesfälle Frankreich und Deutschland im Vergleich.



Ein weiterer Aspekt ist die Anzahl der Obduktionen bzw. die Obduktionsrate. Diese ist in beiden Ländern sehr niedrig bei ca. 1 %.

In der deutschen Literatur wird u.a. häufig die niedrige Obduktionsrate für das nicht Erkennen von nicht natürlichen Todesfällen verantwortlich gemacht. Allerdings werden in Frankreich trotz niedriger Obduktionsrate mehr unnatürliche Todesfälle erkannt als in Deutschland. Folglich ist nicht allein die Zahl der Obduktionen für das Erkennen solcher Sterbefälle verantwortlich.

¹⁴⁶ Anmerkung: selbst erstellte Grafik auf Basis der WHO-Todesursachenstatistik aus dem Jahr 2000.

10. Fazit

Wie unter Punkt 7 dieser Arbeit beschrieben, sind die gesetzlichen Regelungen zur Leichenschau in Frankreich und in Deutschland nicht gravierend, aber in entscheidenden Punkten unterschiedlich.

In Kapitel 9 Todesstatistiken wird deutlich, dass in Frankreich deutlich mehr nicht natürliche Todesfälle pro Jahr festgestellt werden als in Deutschland.

Somit kann die anfangs genannte These bestätigt werden. Das Erkennen nicht natürlicher Todesfälle ist abhängig von der Regelung und praktischen Umsetzung der Leichenschau.

Unstrittig ist jedoch, dass nicht allein die beiden Faktoren, Regelung und praktische Umsetzung der Leichenschau, ausschlaggebend für das Erkennen nicht natürlicher Todesfälle sind. Zu den weiteren wichtige Voraussetzungen, die sowohl in Frankreich als auch in Deutschland verbesserungswürdig sind, zählen:

- gute Ausbildung der leichenschauenden Mediziner
- flächendeckende Anbindung an rechtsmedizinische Institute,
- hohe Obduktionsrate und
- ggf. bessere spezifische Kenntnisse von Kriminalisten.

Der Vergleich zwischen Frankreich und Deutschland bezüglich der Leichenschau hat ergeben, dass die Regelungen in Frankreich effektiver sind. Dies liegt in erster Linie an der einheitlichen Rechtslage, welche sich in der zentralistischen Gesetzgebung begründet. Somit ist die zentralistische Lösung erfolgreicher als die föderalistische. Daraus folgt, dass sich die Staatsform durch die Gesetzgebung auch auf solche Bereiche wie den der Leichenschau auswirkt.

Zwar existiert weder in Frankreich noch in Deutschland eine klare Rechtsvorschrift, die die Vorgehensweise bei der Leichenschau gesetzlich so vorschreiben würde, wie sie idealerweise durchgeführt werden müsste. Vergleiche dazu Kapitel 6 dieser Arbeit. Auch werden angehende Ärzte in beiden Ländern nicht speziell für die Leichenschau ausgebildet.

Allerdings ist in Frankreich definitiv von Vorteil, dass der Mediziner bei unklaren Umständen die Möglichkeit hat, den Tod als `mort suspecte` zu deklarieren. In diesem Fall werden direkt Kriminalpolizei und Rechtsmedizin tätig, so dass die Aufklärung der Umstände des Todes weitgehend sichergestellt ist.

Im Gegensatz dazu ist in Deutschland noch nicht einmal in jedem Bundesland die Möglichkeit der unklaren Todesursache auf dem Totenschein gegeben. Und hat der Mediziner die Wahl zwischen natürlich, nicht natürlich und unklar/nicht aufgeklärt o.ä., so muss er nur in

sechs Bundesländern bei unklarer Todesart auch die Polizei verständigen, vgl. die Ausführungen unter der Überschrift `Eklatante Unterschiede der Landesbestattungsgesetze` auf Seite 30.

Ein weiteres Ergebnis ist die Erkenntnis, dass es auch Unterschiede in der Verteilung der natürlichen Todesfälle in Frankreich und Deutschland gibt, siehe Punkt 9.4. Auch diese Differenz zwischen den Nachbarländern scheint auf die Regelungen und die praktische Umsetzung der Leichenschau zurückzuführen zu sein.

10.1. Verbesserungsvorschläge

Deutschland

Oftmals wird gefordert, Leichenschauärzte zu bestellen, die über ausreichende rechtsmedizinische Kenntnisse verfügen, um die aufgezeigten Schwachstellen, Fehlerquellen und gravierenden Mängel zu beseitigen oder sie zumindest zu mildern.

Diese Forderung, die Leichenschau nur einem spezialisierten Kreis ärztlicher Leichenschauer zu übertragen, ist bei der Masse der Todesfälle aber nicht zu realisieren. Bei der überwiegenden Mehrzahl der Fälle müssten Anamnesen, Befunde, Prognosen des Grundleidens und Umstände des Todeseintrittes vom vorbehandelnden Arzt erfragt werden. Eine spezialisierte, rechtsmedizinische Leichenschau ist in den Fällen sinnvoll, in denen sich ein Arzt nach Feststellung des Todes bei Erledigung der weiteren Aufgaben überfordert fühlt, so wie es nach dem Bremer Modell zulässig ist. Solche flexiblen Lösungsmöglichkeiten wären auch für die anderen Bundesländer wünschenswert.¹⁴⁷

Da Angehörige oftmals den Vorwurf gegen die behandelnden Ärzte äußern, dass ärztliche Kunstfehler den Tod verursacht hätten, sollten behandelnde Ärzte keine Totenscheine bei ihren Patienten ausstellen dürfen. Allerdings sollten diese Ärzte mit dem den Totenschein ausstellenden Arzt Rücksprache halten.

Darüber hinaus sollte die Spezialisierung und Fortbildung der Kriminalbeamten, die im Bereich der Todesermittlungen tätig sind, verbessert werden.

Unabdingbar ist weiterhin eine qualitativ hochwertige Betreuung durch die Rechtsmedizin, insbesondere in den ländlichen Bezirken.

Ein bundeseinheitliches Gesetz über das Leichenwesen wäre sehr sinnvoll. Dieses sollte, wie auch schon S. Klapsch¹⁴⁸ gefordert hat, folgende Bereiche berücksichtigen:

- klare Definitionen der Begriffe `Leiche`, `Todesart` und `Todesursache`,

¹⁴⁷ Vgl. Madea, S. 110.

¹⁴⁸ Vgl. Klapsch, Schlussbemerkungen.

- klare Regelung über Ort, Zeit, Art und Weise (Umfang) der durchzuführenden Leichenschau,
- Festschreibung der Ermächtigungen (z.B. Betretungsrecht) und der Pflichten (Gewährleistung der Strafverfolgung) für den Leichenschauarzt,
- Einheitliche Festlegung des Inhalts der Todesbescheinigung,
- Öffnung bzw. Erweiterung der Möglichkeiten zur Durchführung von Verwaltungssektionen.

Unabhängig von der Forderung nach einer einheitlichen, wegweisenden Rechtsvorschrift und der Einführung eines amtlichen Leichenbeschauers sollten auch die Strafverfolgungsorgane sensibilisiert werden. So sollte die Staatsanwaltschaft intensiver auf mögliche Verdachtsmomente eines ungeklärten Todesfalles achten und von der Anordnungsbefugnis vermehrt Gebrauch machen. Weiterhin ist bei der polizeilichen Ausbildung verstärkt auf das Erkennen verdächtiger Anzeichen unnatürlicher Todesfälle einzugehen. Die Beschulung von Angehörigen entsprechender Fachdienststellen ist durch den vermehrten Lehrunterricht von Rechtsmedizinern zu intensivieren.¹⁴⁹

Frankreich

Die zentralistische Lösung Frankreichs ist im Großen und Ganzen erfolgreicher als die föderale Regelung Deutschlands.

In Frankreich gibt es keine regionalen gesetzlichen Unterschiede, verschiedene Todesbescheinigungen oder sonstige abweichende Regelungen. Bezüglich der Leichenschau herrscht also landesweit Rechtsklarheit.

Als besonders hilfreich und richtungweisend ist die Regelung des Code de Procedure Pénale, wonach bei den geringsten Verdachtsmomenten sofort die Kriminalpolizei und die Justizbehörden informiert werden, zu bewerten.

Leider werden auch in Frankreich die angehenden Ärzte während des Medizinstudiums nicht besonders gut im Fach Rechtsmedizin ausgebildet und die Obduktionsrate ist genauso wie in Deutschland auf einem viel zu niedrigem Niveau.

Auch in Frankreich ist gewiss von einem Dunkelfeld nicht natürlicher Todesfälle auszugehen, wengleich dieses wahrscheinlich niedriger ist als das in Deutschland.

¹⁴⁹ Vgl. www.bdk-hessen.de/krim5.htm (Stand 11.05.2005)

Europa

Bereits im Jahr 1999 hat der Europa Rat eine Empfehlung zur Harmonisierung der Verfahrensweise rechtsmedizinischer Obduktionen¹⁵⁰ verabschiedet. Diese Empfehlung wurde sowohl von Frankreich als auch von Deutschland anerkannt.

Allerdings sind Empfehlungen nach Art. 249 Abs. 5 EGV nicht verbindlich. Ungeachtet der rechtlichen Unverbindlichkeit kommen ihnen aber politische Wirkungen zu. Ziel und Zweck von Empfehlungen ist es, den Adressaten ein bestimmtes Verhalten nahe zu legen, ohne sie zu binden.¹⁵¹

Inhalt dieser Empfehlung sind Prinzipien und Regeln im Zusammenhang mit rechtsmedizinischen Obduktionen.

Demnach sollten Obduktionen bei allen offensichtlichen und verdächtigen nicht natürlichen Todesfällen durchgeführt werden. Angeraten wird auch, die Leichenschau von einem Rechtsmediziner oder einem dafür speziell ausgebildeten Mediziner durchführen zu lassen.¹⁵² Weiterhin wird in dieser Empfehlung die Rolle der Polizei bei der Leichenschau festgeschrieben: Identitätsfeststellung der verstorbenen Person, Fotografieren der Leiche, schriftliche Dokumentation aller Feststellungen, Schutz der Hände und des Kopfes der Leiche mittels Papiertüten u.a.

Der Rechtsmediziner ist gemäß dieser Empfehlung dafür verantwortlich, die Lage der Leiche und den Zustand der Kleidung mit der Ausprägung der Totenstarre und der Lage der Leichenflecke abzugleichen, die Temperatur des Leichnams festzustellen und eine umfassende Leichenschau durchzuführen.

Darüber hinaus wird in dieser EU-Empfehlung sehr genau auf die Vorgehensweise bei Obduktionen eingegangen. Im Anhang werden sogar einige Beispielfälle des nicht natürlichen Todes gesondert aufgezählt: Strangulation, Sexualmord, Kindstod in Folge von Misshandlungen, plötzlicher Kindstod, Tod durch Schuss, Brandleichen, Vergiftungen usw.

Insgesamt ist diese Empfehlung sehr differenziert und detailliert erarbeitet. Meiner Einschätzung nach sind die hier vorgeschlagenen Regelungen bezüglich der Leichenschau sehr sinnvoll, da sie explizit alles erfassen, was zu einer idealtypischen Leichenschau – wie unter Kapitel 6 geschildert – gehört.

Leider mangelt es dieser Empfehlung an rechtsverbindlichem Charakter.

¹⁵⁰ Recommandation No. R (99)3. Conseil de l'Europe, Comité des ministres. Relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale. Adopté 01.01.1999.

¹⁵¹ Vgl. Streinz, S. 177.

¹⁵² Vgl. Recommandation Principe I a. 1.

10.2. Ausblick

Die Diskrepanz der Rechtsgrundlagen und der Praxis der Leichenschau in Frankreich und Deutschland sollte im Hinblick auf ein vereintes Europa behoben werden. Deutschland könnte und sollte auf diesem Gebiet von seinem Nachbarn lernen und seine Gesetze und deren Umsetzung entsprechend ändern.

Dem Rechtsgut Leben kommt nicht nur in Frankreich und Deutschland höchster Verfassungsrang zu, sondern auch in allen anderen Mitgliedstaaten. Daher ist es eine rechtliche, sozialgesellschaftliche und politische Aufgabe, das Dunkelfeld nicht natürlicher Todesfälle möglichst gering zu halten.

Besonders wichtig ist darüber hinaus, die Obduktionsrate europaweit auf ca. 30 % zu erhöhen (vgl. dazu die Ausführungen auf Seite 55), um Klarheit über Todesursachen, Krankheiten u.a. zu bekommen. Für rechtsmedizinische Institute muss mehr Geld zur Verfügung gestellt werden und Verwaltungssektionen sollten keine Seltenheit sein.

Bei der Umsetzung der Vorstellung eines vereinten Europas mit angeglichen Standards für wichtige Lebensbereiche darf auch der Bereich der Leichenschau nicht vernachlässigt werden. Daher sollte angestrebt werden, das Niveau der Leichenschau europaweit auf einen hohen Level zu bringen. Dazu ist meiner Meinung nach eine verbindliche Rechtsvorschrift notwendig, die sich inhaltlich an der EU-Empfehlung aus dem Jahr 1999 orientieren sollte.

Die Würde des Menschen ist unantastbar. Dieses europaweit geltende Grundrecht sollte nicht nur für die Lebenden, sondern auch für die Toten gelten. Die richtige Feststellung der Todesursache ist eine Pflicht für Staat und Gesellschaft. „Wer die Toten nicht achtet, gerät auch in Gefahr, das Leben nicht zu achten“¹⁵³.

¹⁵³ Rückert, S. 9.

11. Literaturverzeichnis

- **BÄK-Intern.** Informationsdienst der Bundesärztekammer, Ausgabe Februar/März 2003. Das französische Gesundheitssystem, Seite 23f.
- **Benecke, Mark.** Rechtsmedizinisch angewandte kerb- und spinnentierkundliche Begutachtungen in Europa. Eine kurze Übersicht über Ursprünge und den aktuellen Stand der Forschung. Rechtsmedizin. Organ der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin, Band 8, 1997-98, Springer-Verlag, 1998.
- **Benecke, Mark.** Wie Maden Mörder entlarven. Spektrum der Wissenschaft , Heft 3, März 2002.
- **Brinkmann, Bernd, Prof. Dr.** Fehlleistungen bei der Leichenschau in der Bundesrepublik Deutschland, Arch. f. Krim. Band 199, Heft 1-2, Teil 1, und 3-4, Teil 2. Studie der Gesellschaft für Rechtsmedizin, 1997.
- **Brugger, Claudia Maria/Kühn, Hermann.** Sektion der menschlichen Leiche. Zur Entwicklung des Obduktionswesens aus medizinischer und rechtlicher Sicht. Band 7 der Reihe Medizin und Recht. Eser, Albin, Prof. Dr. (Hrsg.). Fachbereich Rechtswissenschaft der Universität Tübingen. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1979.
- **Bund Deutscher Kriminalbeamter (BDK) (Hrsg.).** Todesermittlungen. Pocket Tips des Bund Deutscher Kriminalbeamter. Mediat, Bonn.
- **Christian, W.** Statistische Aspekte der Todesbescheinigung. Deutsches Ärzteblatt 68, Seite 2949-2955, 1971.
- **Der Fischer Weltalmanach 2003.** Von Baratta, Mario, Dr. (Hrsg.). Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, 2002.
- **Diebl, Bernhard.** Erarbeitung eines Leitfadens für die Bearbeitung nicht natürlicher Todesfälle unter Beachtung strafprozessrechtlicher Bestimmungen der BRD. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Humboldt-Universität zu Berlin im Fachbereich Kriminalistik, Gräfenhainichen, 1991.
- **Glaum/Klose/Jäger.** Todesermittlungen – Mord- und Tötungsdelikte. In: Kriminalisten Fachbuch. Kriminalistische Kompetenz. Beleck, Norbert (Hrsg.). Schmidt-Römhild Verlag, Lübeck, 2000.
- **Hunger, Leopold.** Die ärztliche Leichenschau. Leipzig, 1979.
- **Jardé, Olivier.** Rapport au premier ministre sur la médecine légale.
- **Juris Praxiskommentar (PK) BGB.** Herberger, M./Martinke, M./Rüßmann, H./Weth, S. (Hrsg.), 2. Auflage, Saarbrücken, 2004.
- **Klapsch, Siegbert, LKA Brandenburg.** Facharbeit in Kriminalistik. Dunkelziffer bei Tötungsdelikten – Konsequenz für eine Neugestaltung der Leichenschau in Deutschland. Berlin, 1998.

- **Madea**, Burhard Dr. med. (Hrsg.). Die ärztliche Leichenschau. Rechtsgrundlagen, praktische Durchführung, Problemlösungen. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 1999.
- **Mätzler**, Armin. Todesermittlungen. Polizeiliche Aufklärungsarbeit, Grundlagen und Fälle. Aus der Reihe Grundlagen Kriminalistik. Band 22. 3. überarbeitete Auflage. Kriminalistik Verlag, Heidelberg, 2003.
- **Metter**, Dierk, Dr. med. Ärztliche Leichenschau und Dunkelziffer bei unnatürlichen Todesfällen. Kriminalistik. Heft 4. 32. Jahrgang. Kriminalistik Verlag Hamburg, Heidelberg, 1978.
- **Paysant**, Francois, Dr. Le certificat de décès. CHU de Rennes, 1998.
- **Pouillard**, Jean, Dr. Le medecin auxiliaire de la justice. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins. Februar, 2001.
- **Recommandation** No. R (99)3 du Comité des ministres aux états membres relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale. Conseil de l'Europe. Adopté 01.01.1999.
- **Rückert**, Sabine. Tote haben keine Lobby. Die Dunkelziffer der vertuschten Morde. Ullstein Taschenbuchverlag. 1. Auflage. München, 2002.
- **Schwinn**, Werner. Todesermittlungen in Frankreich. Eine vergleichende Betrachtung. Kriminalistik Nr. 6/91, S. 426-428.
- **Simmross**, Ulrich, Dr. Der Sachbeweis im europäischen Beweis. Erkenntnisse aus der GROTIUS-Studie „Strafprozessualer Beweis und wissenschaftlicher Fortschritt“ in vier Ländern. Kriminalistik. Heft 11, Jahrgang 54, Seiten 737-74. 2000.
- **Streinz**, Rudolf, Dr. Europarecht. 6. Auflage. C.F. Müller Verlag, Heidelberg, 2003.
- **Zeeb**, Günther. Identifizierung einer unbekanntes Wasserleiche im „Kleinen Grenzverkehr“. Kriminalistik, Heft 2, Jahrgang 16, Seiten 63-66, 1984.

Internet:

- www.post-mortal.de/Recht/Bestattungsrecht-BRD/bestattungsrecht-brd.html (Stand 12.04.2005)
- www.bdk-hessen.de/krim5.htm (Stand 11.05.2005)
- www.khzi.de/www/fachbereiche/institute/pathologie/obduktion.php (Stand 11.05.2005)
- <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/medilega/pages/droitmortb.html> (Stand: 28.05.2005)
- <http://www.smlc.asso.fr/smlc/contact/centre/> (Stand: 28.05.2005)
- http://www.vulgaris-medical.com/front/?p=index_fiche&id_article=3185 (Stand : 24.05.2005)
- <http://www.obseques-liberte.com/pompes-funebres-informations-urgentes/declaration-de-deces.htm> (Stand 24.05.2005)
- <http://www.uni-erlangen.de/Aktuelles/Rumpler.html> (Stand: 11.05.2005)
- http://www.merkur.de/archiv/neu/rm_0510/la/wiss:050401.html (Stand: 11.05.2005)
- <http://www.aeternitas.de> (Stand 11.05.2005)
- http://www.klinikum-lev.de/Medizin/Pathologie/Pathologie_Obduktionen.html (Stand: 05.06.2005)
- http://www3.who.int/whosis/mort/table1_process.cfm (Stand: 05.06.2005)
- <http://www.afif.asso.fr/francais/conseils/legislation/cremation.html> (Stand: 07.06.2005).

12. Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel gefertigt habe; die aus fremden Werken wörtlich oder sinn- gemäß übernommenen Gedanken sind unter Angabe der Quellen gekennzeichnet.

Ich versichere, dass ich bisher keine Prüfungsarbeit mit gleichem oder ähnlichem Thema bei einer Prüfungsbehörde oder anderen Hochschule vorgelegt habe.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

13. Anhang

13.1. Fehler bei der Leichenschau

Feststellung des Todes

Beispielfall nach Mätzler¹⁵⁴:

„Eine 74 Jahre alte Frau musste zwei Tage im Leichenkeller verbringen, weil die Krankenhausärzte sie für tot erklärt hatten. Die Frau war nach einem Herzinfarkt in das Krankenhaus gebracht worden, wo man ihren Tod feststellte. Die `Leiche` wurde, lediglich mit einem Leichentuch bedeckt, bei 10 Grad Raumtemperatur im Leichenkeller abgelegt. Krankenhausangestellte, die zwei Tage später einen Toten in die Leichenhalle brachten, beobachteten zufällig, dass sich die Frau unter dem Laken bewegte.“

Natürlicher oder gewaltsamer Tod

Beispielfall nach Mätzler¹⁵⁵:

„Die Leiche eines Schlossers wurde in seiner Wohnung aufgefunden. An der linken Brustseite des Mannes fand sich ein erbsgroßer, dunkelfarbiger Hautdefekt. Das Unterhemd zeigte an der linken Vorderseite eine kleine Stofflücke. Blut war nicht zu sehen. Der den Tod feststellende Arzt erklärte: `Die auf der Brust sichtbare Prellmarke muss schon etwas älteren Datums sein und ist mit Sicherheit keine tödliche Verletzung`. Die Leichenöffnung ergab als Todesursache einen Herzschuss.“

Einschüsse mit kleinkalibrigen Waffen in Brust- oder Bauchhöhlen sind schwer erkennbar, denn die Haut zieht sich wieder zusammen und die Menschen verbluten nach innen. Häufig weist tatsächlich kein Blut auf ein Tötungsdelikt hin.

Fehlerquellen polizeilicher Todesermittlungen

Beispielfall nach Mätzler¹⁵⁶:

„Bei der Bahnpolizei Düsseldorf stellte sich der wohnsitzlose Rolf M. und gab an, in einer norddeutschen Großstadt eine Frau ermordet zu haben. Eine Nachfrage dort ergab, dass tatsächlich in der von M. beschriebenen Wohnung die 74 Jahre alte Witwe Frieda K. tot aufgefunden worden war. Die zum Fundort entsandten Kriminalbeamten hatten keine Anzeichen für ein Fremdverschulden am Tode dieser Frau entdeckt, obwohl sie erdrosselt worden war.“

¹⁵⁴ Mätzler, S. 6.

¹⁵⁵ Mätzler, S. 10.

¹⁵⁶ Mätzler, S. 19f.

13.2. Landesgesetzliche Bestimmungen über das Leichenwesen

Baden-Württemberg

„Rechtsverordnung des Innenministeriums zur Durchführung des Bestattungsgesetzes“ (Bestattungsverordnung) vom 10.12.1970 (GBl. S. 521) geändert durch die Verordnungen vom 12.08.1983 und 19.03.1985 (GBl. S. 500 und 71 bzw. 83).

Bayern

„Bestattungsgesetz“ (BestG) vom 24.09.1970 geändert durch Gesetze vom 11.11.1974, 27.12.1991 und vom 10.08.1994 (GVBl. S. 610, 722, 494 und 770).

Berlin

„Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen“ (Bestattungsgesetz) vom 02.11.1973 (GVBlatt. S. 1830), geändert durch das „Gesetz zur Änderung des Gesetzes über das Leichen- und Bestattungswesen“ vom 09.12.1988, geändert durch das „Gesetz zur Änderung des Bestattungsgesetzes“ vom 08.02.1994, geändert durch: „3. Gesetz zur Änderung des Bestattungsgesetzes“ vom 21.09.1995 (GVBl. S. 998, 2263, 71 und 608) sowie die Verordnung zur Durchführung des Bestattungsgesetzes (DVO-Bestattungsgesetz) vom 22.10.1980.

Brandenburg

Runderlass der Ministerien für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen vom 09.11.1995. „Dokumentation der Leichenschau/Einführung eines einheitlichen Leichenschauscheines für das Land Brandenburg“.

Bremen

„Gesetz über das Leichenwesen“ vom 27.10.1992 (GBl. S. 627) geändert durch Gesetz vom 25.03.1997 (GBl. S. 129).

Hamburg

„Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen“ (Bestattungsgesetz) vom 14.09.1988 (GVBl. 167) geändert durch: „Gesetz zur Änderung des Bestattungsgesetzes“ vom 07.06.1994 und vom 13.11.1995 (GVBl. S. 175 und 290).

Hessen

„Gesetz über das Friedhofs- und Bestattungswesen“ vom 17.12.1964 (GVBl. S. 225) in der Fassung der Gesetze vom 29.10.1965, 05.10.1970, 31.01.1978 und 04.11.1987 (GVBl. S. 199, 598, 109 und 193).

Mecklenburg-Vorpommern

Gesetz über das Leichenschau-, Bestattungs- und Friedhofswesen im Land Mecklenburg-Vorpommern (Bestattungsgesetz).

Niedersachsen

„Gesetz über das Leichenwesen“ vom 29.03.1963 (GVBl. S. 142) geändert durch Gesetze vom 24.06.1970, 02.12.1974, 05.12.1983 und 22.03.1990. Verordnung über die Bestattung von Leichen vom 29.10.1983, zuletzt geändert durch 3. Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Bestattung von Leichen vom 17.09.1986.

Nordrhein-Westfalen

Gesetz über das Friedhofs- und Bestattungswesen (Bestattungsgesetz).

Rheinland Pfalz

„Landesgesetz über das Friedhofs- und Bestattungswesen“ (Bestattungsgesetz) vom 04.03.1983, geändert durch Gesetz vom 06.02.1996 (GVBl. S. 65). Landesverordnung zur Durchführung des Bestattungsgesetzes vom 20.06.1983 (GVBl. S. 133), geändert durch Verordnung vom 06.03.1996 (GVBl. S. 183).

Saarland

Polizeiverordnung über das Bestattungs- und Leichenwesen vom 09.12.1971, geändert durch: Verordnung vom 22.02.1985, geändert durch Verordnung vom 18.12.1991 (Abl. S. 1414).

Sachsen

„Sächsisches Gesetz über das Friedhofs-, Leichen- und Bestattungswesen“ (Sächsisches Bestattungsgesetz) vom 08.07.1994 (GVBl. S. 1321).

Sachsen-Anhalt

Anordnung über die ärztliche Leichenschau vom 04.12.1978, Gesetzblatt der DDR, Teil 1 Nummer 1 – Ausgabetag 05.01.1979.

Schleswig-Holstein

Landesverordnung über das Leichenwesen vom 18.12.1975 (Leichenwesen – VO), geändert durch Verordnung vom 21.07.1989, neu gefasst am 30.11.1995 (GVBl. S. 395).

Thüringen

Erstes Gesetz zur Bereinigung des Rechts im Freistaat Thüringen (1. Thüringer Rechtsbereinigungsgesetz – DDR-Recht) vom 25.09.1996. Anordnung über die ärztliche Leichenschau vom 04.12.1978, Gesetzblatt der DDR Teil 1 Nummer 1 – Ausgabetag 05.01.1979 – gilt nur teilweise -.

13.3. Aufteilung nicht natürlicher Todesursachen 2000

Abb.: Aufschlüsselung nicht natürlicher Todesursachen für die BRD im Jahr 2000¹⁵⁷:

Todesursache	Originaltext	Anzahl der registrierten Todesfälle
Unfälle und Unglücksfälle	Accidents and adverse effects	20.328
Suizide und selbst beigebrachte Verletzungen	Suicide and self-inflicted injury	11.065
Mord, Totschlag und von anderen Personen vorsätzlich beigebrachte Verletzungen	Homicide and injury purposely inflicted by other persons	602
Andere äußere Ursachen	Other external causes	2.528

Abb.: Aufschlüsselung nicht natürlicher Todesursachen für Frankreich im Jahr 2000¹⁵⁸:

Todesursache	Originaltext	Anzahl der registrierten Todesfälle
Unfälle und Unglücksfälle	Accidents and adverse effects	29625
Suizide und selbst beigebrachte Verletzungen	Suicide and self-inflicted injury	10837
Mord, Totschlag und von anderen Personen vorsätzlich beigebrachte Verletzungen	Homicide and injury purposely inflicted by other persons	503
Andere äußere Ursachen	Other external causes	471

¹⁵⁷ Anmerkung: selbst erstellte Tabelle, die Zahlen basieren auf der WHO-Statistik.

¹⁵⁸ Anmerkung: die Zahlen basieren auf der WHO-Statistik.

13.4. Aufteilung natürlicher Todesursachen in Deutschland 2000

Abb.: Sterbefälle 2000 in Deutschland nach „natürlichen“ Todesursachenklassen¹⁵⁹:

Todesursache	Anzahl der Gestorbenen	Anteil an allen Sterbefällen
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	10.396	1,2 %
Neubildungen (gut- und bösartig)	216.419	25,8 %
Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Störungen im Immunsystem	23.671	2,8 %
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	1.815	0,2 %
Psychiatrische Krankheiten	8.636	1,0 %
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	16.109	1,9 %
Krankheiten des Kreislaufsystems	395.043	47,1 %
Krankheiten der Atmungsorgane	51.539	6,1 %
Krankheiten der Verdauungsorgane	40.712	4,9 %
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	10.719	1,3 %
Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	43	0,01 %
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	434	0,1 %
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	1.832	0,2 %
Kongenitale Anomalien	1.643	0,2 %
Bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben	1.474	0,2 %
Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	23.789	2,8 %
Natürliche Todesursachen insgesamt	804.274	ca. 95,8 %

¹⁵⁹ Anmerkung: selbst erstellte Tabelle, die Zahlen basieren auf der WHO-Statistik.

13.5. Aufteilung natürlicher Todesursachen in Frankreich 2000

Abb.: Sterbefälle 2000 in Frankreich nach „natürlichen“ Todesursachenklassen¹⁶⁰:

Todesursache	Anzahl der Gestorbenen	Anteil an allen Sterbefällen ¹⁶¹
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	12.176	2,3 %
Neubildungen (gut- und bösartig)	149.817	28,2 %
Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Störungen im Immunsystem	19.008	3,6 %
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	2.276	0,4 %
Psychiatrische Krankheiten	17.320	3,3 %
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	20.068	3,8 %
Krankheiten des Kreislaufsystems	161.913	30,5 %
Krankheiten der Atmungsorgane	34.105	6,4 %
Krankheiten der Verdauungsorgane	23.709	4,5 %
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	7.260	1,4 %
Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	50	0,01 %
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	2.225	0,4 %
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	3.837	0,7 %
Kongenitale Anomalien	1.708	0,3 %
Bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben	1.422	0,3 %
Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	32.520	6,1 %
Natürliche Todesursachen insgesamt	489.414	92,2 %

¹⁶⁰ Anmerkung: selbst erstellte Tabelle, die Zahlen basieren auf der WHO-Statistik.

¹⁶¹ Anmerkung: Prozentzahlen wurden auf eine Stelle nach dem Komma gerundet.

13.6. Nicht natürliche Todesfälle Frankreich und Deutschland im Vergleich

Abb.: Vergleichende Gegenüberstellung der nicht natürlichen Todesfälle Frankreich und BRD¹⁶²:

Todesursache	Originaltext	Deutschland ¹⁶³		Frankreich ¹⁶⁴	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Verkehrsunfälle von Motorfahrzeugen	Motor vehicle traffic accidents	6111	17,7 %	7273	17,5 %
Andere Transportunfälle	Other transport accidents	1636	4,7 %	389	0,9 %
Unfallartiges, versehentliches Vergiften	Accidental Poisoning	590	1,7 %	1088	2,6 %
Unfälle, Stürze	Accidental Falls	7404	21,4 %	5292	12,7 %
Durch Feuer oder Flammen hervorgerufene Unfälle	Accidents caused by fire and flames	475	1,4 %	443	1,1 %
Unfallartiges, versehentliches Ertrinken und Submersion ¹⁶⁵	Accidental drowning and submersion	507	1,5 %	1125	2,7 %
Unfälle durch Maschinen bzw. durch Schneide- oder Stichinstrumente	Accidents caused by machinery and by cutting and piercing instruments	63	0,2 %	144	0,3 %
Unfälle durch Schusswaffengeschosse	Accidents caused by firearm missile	23	0,1 %	43	0,1 %
Alle anderen Unfälle und Unglücksfälle	All other accidents including late effects	2917	8,4 %	12961	31,3 %
Drogen und Medikamente, die bei ärztlicher Behandlung ungünstige Wirkungen hervorriefen	Drugs, medicaments causing adverse effects in therapeutic use	602	1,7 %	867	2,1 %
Suizide und selbst beigebrachte Verletzungen	Suicide and self-inflicted injury	11065	32,1 %	10837	26,2 %
Mord, Totschlag und von anderen Personen vorsätzlich beigebrachte Verletzungen	Homicide and injury purposely inflicted by other persons	602	1,7 %	503	1,2 %
Andere äußere Ursachen	Other external causes	2528	7,3 %	471	1,1 %
Insgesamt		34.523	100 %	41.436	100 %

¹⁶² Selbst erstellte Tabelle, die Zahlen basieren auf der WHO Mortality Database.

¹⁶³ 1. Spalte: Anzahl in der BRD im Jahr 2000, 2. Spalte: prozentualer Anteil an allen nicht natürlichen Todesfällen in Deutschland im Jahr 2000.

¹⁶⁴ 1. Spalte: Anzahl in Frankreich im Jahr 2000, 2. Spalte: prozentualer Anteil an allen nicht natürlichen Todesfällen in Frankreich im Jahr 2000.

¹⁶⁵ Submersion (lat.) = Untertauchung, Überschwemmung.

13.7. Fallbeispiel aus dem Jahre 1981

Identifizierung einer unbekanntes Wasserleiche im „Kleinen Grenzverkehr“

In der Fachzeitschrift „Der Kriminalist“ erschien im Jahr 1984, Jahrgang 16, Heft 2, auf den Seiten 63-66 ein Artikel von Günther Zeeb aus Kehl mit dem Titel „Identifizierung einer unbekanntes Wasserleiche im `Kleinen Grenzverkehr`“. Dieser Sachverhalt verdeutlicht die Schwierigkeiten grenzüberschreitender Ermittlungsverfahren Anfang der 80er Jahre.

Fallschilderung

Eine männliche Wasserleiche wird am 14.07.1981 in Kehl/Rhein, Baden Württemberg, aus dem Rhein geborgen. Die Leiche führt keinerlei Ausweis- oder sonstige Papiere mit sich. Die Liegezeit im Wasser wird auf 8-14 Tage geschätzt, denn die Leiche zeigt bereits Verwesungserscheinungen.

Als Identifizierungshilfen kommen lediglich ein Herrenring, französische Unterwäsche, trotz Waschhautbildung gesicherte Fingerabdrücke, die Fraktur beider Unterarme und die Behandlung dieser Brüche durch Verschrauben mit jeweils einer Schiene in Betracht.

Mittels Presseveröffentlichung in der deutschen und französischen Presse wird um Hinweise aus der Bevölkerung gebeten. Eine als Stadtstreicher bekannte Person kann ermittelt werden.

Durch den Vergleich der Röntgenaufnahmen des Krankenhauses mit den sichergestellten Schienen und Schrauben des Leichnams gelingt die Identifizierung des Toten.

Die Identitätsermittlung der Leiche war in diesem Fall nur mit Hilfe des sogenannten „kleinen Grenzverkehrs“ möglich. Unter dem Begriff „Kleiner Grenzverkehr“ ist der direkte Informationsaustausch zwischen grenznahen deutschen und angrenzenden ausländischen Polizeidienststellen zu verstehen.

Der Autor führt den Erfolg in diesem Fall auf das engagierte, unbürokratische Mitwirken eines französischen Kripokollegen zurück.

Auf die „korrekte“ Vorgehensweise, Fingerabdrücke und Lichtbilder des Leichnams an das Bundeskriminalamt zu schicken, mit der Bitte um Veröffentlichung im BKA-Blatt und Interpolsteuerung in Frankreich, wurde verzichtet, da diese Ersuchen Anfang der 80er Jahre sehr lange dauerten und nicht unbedingt zum Erfolg geführt hätten. Der Verfasser des Artikels beklagt die Schwierigkeiten solcher Ermittlungen im grenzüberschreitenden Raum.

Die Unterschiede des deutschen und französischen Straf- bzw. Strafprozessrechts gestalten das Verfahren umso komplizierter.

Auch heute noch sind grenzüberschreitende Ermittlungen und die Zusammenarbeit mit ausländischen Dienststellen schwierig. Aber die zunehmende Europäisierung und der Wegfall der Grenzkontrollen tragen zu einer unkomplizierteren Vorgehensweise bei. Leider ist es aber auch für Straftäter einfacher, sich über die Grenzen hinweg zu bewegen!

LIEFERBARE BEITRÄGE AUS DEM FACHBEREICH 3

- 1/1989 **Beutner, Ralph**
Das "kriminelle" Kind als polizeiliches Gegenüber
- 5/1992 **Haustein, Reante/Thiem-Schröder, Brigitte**
Die Unterbringung Jugendlicher nach §§ 71/72 JGG
- eine empirische Untersuchung in Berlin -
- 6/1993 **Dölle, Patrick**
Ein Kriminalbeamter in Frankreich
- 7/1998 **Matzke, Michael**
Grundlagen und Bedeutung des Täter-Opfer-Ausgleichs (TOA) im deutschen Jugendstrafrecht
- 8/1998 **Zuch, Klaus**
Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität
- 9/1998 **Matzke, Michael**
2005 / 2. Auflage
Zivil- und strafrechtliche Aspekte des Tankens an Selbstbedienungstankstellen
- 10/1999 **Jaschke, Hans-Gerd**
Ausländerfeindlichkeit der Berliner Polizei?
- 11/1999 **Trenschel, Wolfgang**
Korruption - Geißel des Staates?
- 13/1999 **Dose, Jochen**
Konfliktbewältigung und -vermeidung in der Polizeiarbeit - Grundlagen und Strategien
- 14/2000 **Verschiedene Autoren**
25-Jahr-Feier des Fachbereich 3
- 15/2000 **Trenschel, Wolfgang**
Grundlagen und Grundbegriffe des Strafverfahrens
- 16/2000 **Heinrichs, Carola**
Die Währungsumstellung von M/DDR auf DM
- aus polizeilicher Sicht -
- 17/2000 **Claudius Ohder u. Jochen Schulz zur Wiesch**
Sicheres Berlin
Ergebnisse einer Delphibefragung
- 18/2000 **Sebastian Lungwitz**
Viktimisierung von Schwulen und Lesben
- 19/2000 **Claudius Ohder u. Birgitta Sticher-Gil**
Möglichkeiten zur Entwicklung sozialer Kompetenz in der Berliner Polizei
- 20/2000 **Sigrist, Johannes**
Die verdeckten Maßnahmen des ASOG, Recht und Rechtswirksamkeit
- 21/2000 **Fischer, Ute**
Die Polizei - auf dem Weg zur lernenden Organisation?
- 22/2000 **Klotz, Sybill/Weidmann, Thomas**
Projektarbeit Frauen in der Berliner Schutzpolizei - Gleichberechtigte Kolleginnen oder geduldete Mitarbeiterinnen
- 24/2001 **Trenschel, Wolfgang**
Projektarbeit: Qualität polizeilicher Ermittlungen
- 25/2001 **Jaschke, Hans-Gerd/Kühnel, Wolfgang**
Politik der inneren Sicherheit in Berlin
- 26/2001 **Gebner, Heidrun**
Der Kinderbeauftragte
Ein Netzwerk in Berlin
- 27/2001 **Kühnel, Wolfgang**
Raub Kriminologische Analysen
- 28/2001 **Büchner, Roland**
Gewalterfahrung und Kriminalitätsfurcht von Jugendlichen in der berufsbildenden Schule: Abschlußbericht einer repräsentativen Schülerbefragung am Oberstufenzentrum Konstruktions-technik in Berlin-Kreuzberg
- 29/2001 **von Stoephasius, Peter**
Projektarbeit Der Polizeigewahrsam
- 30/2002 **Wulff, Siegfried-Peter**
Projektbericht
Problemfelder und Lösungsansätze bei polizeilichen Einsätzen mit Kurden
- 31/2002 **Kötschau, Roman**
Masterarbeit - Polen vor dem Beitritt zur EU: Eigentumskriminalität durch reisende Straftäter und staatenübergreifende Bekämpfungsstrategien
- 32/2002 **Mucha, Klaus**
MOBBING - Eine empirische Untersuchung bei der Berliner Polizei
Projektarbeit
- 33/2002 **Kühnel, Wolfgang**
Fremdenfeindlichkeit und ethnische Konflikte im Jugendstrafvollzug
- 34/2002 **Borbe, Jasmin/Lichtner, Claudia**
Das Opfer im Strafverfahren
- 35/2003 **Sticher-Gil, Birgitta**
Gewalt gegen Männer im häuslichen Bereich - ein vernachlässigtes Problem!?
- 36/2003 **Jürgens-El Hansali, Trenschel, Wolfgang**
Gewalt beim Fußball - Erwachsenenfußball
- 37/2003 **Jürgens -El Hansali, Trenschel, Wolfgang**
Gewalt beim Fußball – Jugendfußball
- 38/2003 **Arzt, Gil, Jürgens, Kühnel, Ohder, Sticher-Gil, von Stoephasius, Wulff**
Materialband zur Projektwoche Methodik und Technik wissenschaftlichen Arbeitens
- 39/2003 **Prümm, Hans Paul**
Gefährliche Hunde in Berlin – Ein Rechtsreader
- 40/2003 **Nawrazala, Jana**
Konflikte zwischen Männern und Frauen in der Polizei
- 41/2005 **Wulff, Siegfried-Peter / Wahdat-Hagh, Wahid**
Projektbericht: Islamismus – Eine Gefahr für unsere Demokratie
- 42/2005 **Weber, Dominik**
Hausarbeit: Die Vernehmung von Arabern im Ermittlungsverfahren
- 43/2005 **Ciupka, Joachim**
Projektbericht: Täterfluchtverhalten bei Raubtaten als Planungsgrundlage für polizeiliche Fahndungen bei der Sofortbearbeitung
- 44/2005 **Ciupka, Joachim**
„Jedes Gesicht ist ein Verräter“ oder welchen Wert haben psychophysiologische Erscheinungen für die Aussagebeurteilung im Strafverfahren?
- 45/2005 **Ciupka, Joachim**
Isotopenanalytik und deren Anwendungsmöglichkeiten in der Kriminalistik
- 46/2005 **Matzke, Michael**
Über das so genannte Züchtigungsrecht als Rechtfertigungsgrund von Steffi Mieth
- 47/2005 **Thiedmann, Christian**
Volle Dröhnung hinterm Lenkrad – Drogen im Straßenverkehr

48/2005 **Spormann, Franziska /Ciupka, Joachim**
Masterarbeit – Vergleich der Regelungen zur Leichenschau in
Frankreich und Deutschland und ihre Auswirkungen auf das
Erkennen von nicht natürlichen Todesfällen