



GUNNAR DUTTGE



Foto: Steffen Giersch

Prof. Dr. Gunnar Duttge (*1966) wurde 2004 auf einen Lehrstuhl für Strafrecht und Strafprozessrecht an die Juristische Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen berufen. Der Rechtswissenschaftler ist zugleich Vorstandsmitglied des von ihm mitbegründeten Göttinger Zentrums für Medizinrecht. Er ist unter anderem Mitglied der Ethikkommission der Universität Göttingen, des Klinischen Ethikkomitees der Universitätsmedizin Göttingen und des Arbeitskreises Ethik der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.

der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin detaillierte Vorgaben, die allesamt unter der zentralen Devise stehen, dass dabei »dieselben [hohen] Sorgfaltsanforderungen bestehen wie bei lebenden Menschen« (AWMF-Leitlinien-Register Nr. 054/002, S. 2). So müssen etwa zur verlässlichen Feststellung des Todes sichere Todeszeichen (wie zum Beispiel Totenflecken) nachweisbar sein, die entsprechend sorgfältige Untersuchungen am Leichnam voraussetzen. Die Todesfeststellung ist jedoch keineswegs der einzige Zweck der (äußeren) Leichenschau: Vielmehr geht es zugleich um die Feststellung der Todesursache, mit der das mutmaßliche Interesse des Verstorbenen ebenso wie seiner Angehörigen wahrgenommen wird, in Fällen eventuell fremdverschuldeter Tötung bzw. bei eventuell übertragbaren Krankheiten daneben

aller Krankenhausärzte generaliter für jeden Todesfall), obgleich es an hinreichenden tatsächlichen Feststellungen für eine krankheitsbedingte (»innere«) Ursache unter Ausschluss externer Ereignisse mitunter fehlt und eigentlich eine »unklare Todesart« bescheinigt werden müsste. Dies hätte dann allerdings eine Benachrichtigung der Polizei zur Folge, was bei »nicht ausschließbarer« Todesverursachung durch eine Straftat auf Anordnung der zuständigen Staatsanwaltschaft eine gerichtliche Obduktion gem. §§ 87 ff. StPO nach sich zöge. Wohl nicht selten wird versucht, den damit einhergehenden Zusatzaufwand zu vermeiden und es gibt berichtsweise Hinweise, dass sogar die Polizei mitunter auf die Testierung eines »natürlichen Todes« trotz nicht gekläarter Todesursache dringt. Von derartigen (versuchten) Einflussnahmen berichteten in einer anonymen Befragung zufällig ausgewählter Ärzte aus dem Gebiet der Ärztekammer Westfalen-Lippe 41 Prozent der niedergelassenen sowie 47 Prozent der Notärzte. Die größte Gefahr von Fehlern wird jedoch gesehen, wenn niedergelassene (Haus-)Ärzte die Todesfeststellung in der Wohnung des Verstorbenen durchführen: Hier bewirken offenbar die vorherige vertrauensvolle Begleitung des Patienten und die Rücksichtnahme auf die Angehörigen eine erhöhte Bereitschaft, mal »fünfe gerade sein zu lassen«. Jedoch ist »Altersschwäche« als solche keine Todesursache!

Das Elend der Leichenschau

Zum Streit um die klinische Obduktion

Der menschliche Leichnam ist nicht bloß eine wertlose »tote Hülle« – vielmehr werden die »sterblichen Überreste« sowohl von den Angehörigen als auch der Gesamtgesellschaft in einer biologischen Kontinuität mit dem zuvor lebenden Menschen gesehen. Ein aus Gründen der mitmenschlichen Solidarität geschuldetes »ehrendes Gedenken« verbietet es daher, die Leiche nur als reine Materie, als »Sache« zu behandeln; ganz im Gegenteil resultieren aus jener (Teil-)Identität mit der einst lebenden »Person« gleichsam in Verlängerung der wechselseitigen Achtungspflichten unter Lebenden spezifische Respektspflichten in Form eines pietät- und würdevollen Umgangs mit der Leiche. Diese Pflichtenstellung ist keineswegs allein von moralischer, sondern ebenso von rechtlicher

Qualität: Denn schon seit Langem erkennt das Bundesverfassungsgericht ein sogenanntes »post-mortales Persönlichkeitsrecht« an und damit das mutmaßliche Interesse eines jeden, dass der eigene Körper auch post mortem nicht dem Belieben anderer preisgegeben wird. Zwecks Sicherung eines pietätvollen Umgangs enthalten die Bestattungsgesetze der Länder einige Regeln, welche vor allem Form, Ort und zeitlichen Ablauf einer Bestattung weitreichend vorgeben.

Vor einer Bestattung bedarf es jedoch zwingend einer verlässlichen ärztlichen Feststellung, dass der Tod tatsächlich eingetreten ist. Eingedenk des Umstandes, dass sich Menschen seit alters her davor fürchteten, lebendigen Leibes begraben zu werden, verlangen die geltenden Vorschriften eine sorgfältige äußere »Leichenschau« an der vollständig entkleideten Leiche unter Einbeziehung »aller Körperregionen«. Wie diese im Einzelnen zu erfolgen hat, dazu finden sich in der Leitlinie

auch der Gesamtgesellschaft (an einer Verfolgung und Ahndung von Verbrechen bzw. am nötigen Infektionsschutz). In diesem Sinne hat schon die Königlich Bayerische Instruktion für die Leichenschauer von 1839 prägnant formuliert: »Zweck der Leichenschau ist, die Beerdigung Scheintoter, dann die Verheimlichung gewaltsamer Todesarten und medizinischer Puschereien zu hindern ...«.

Seit Langem wird allerdings beklagt, dass die äußere Leichenschau keineswegs nur selten nicht mit der nötigen Sorgfalt durchgeführt wird. Offenbar nehmen behandelnde Ärzte zu oft den Todesertritt bei ihren ohnehin lebensgefährlich erkrankten oder verletzten Patienten einfach hin, sofern er ihnen nicht völlig überraschend erscheint, ohne kritisch zu hinterfragen, ob ihre vorherigen Diagnosen und Einschätzungen wirklich zutreffend gewesen sind. Auf diese Weise wird bekanntermaßen sehr häufig ein »natürlicher Tod« bescheinigt (einer älteren Studie zufolge bei sechs Prozent

Die Folgen sind seit Längerem bekannt: Wie mehrere retrospektive Analysen nachgewiesen haben, ist der »nicht-natürliche Tod« (also der Verdacht einer nicht allein krankheitsbedingten Todesursache, zum Beispiel durch Fremdtötung, Suizid, Unfall, ärztliches Handeln) in der amtlichen Statistik in einem Umfang von etwa 33 bis 50 Prozent unterrepräsentiert, erlangt also weit häufiger als gemeinhin angenommen Realität. Besonders bedenklich ist in diesem Zusammenhang die gravierende Dunkelziffer in Bezug auf strafrechtlich relevante Tötungsdelikte, die eine Studie aus den 1990er-Jahren auf etwa 1.200 bis 2.400 nicht erkannte Fälle pro Jahr schätzte. Häufig bleiben aber durch eine unsorgfältige Leichenschau auch fehlerhafte Diagnosen und ärztliche Fehleinschätzungen im Dunkeln: Die Görliitzer Studie erbrachte 1986/87 den erschreckenden Befund zutage, dass sich in rund der Hälfte aller Fälle die klinisch angenommene mit der nachträglich



Obduktionen im internationalen Vergleich		
Dänemark:	13,6 %	(1992)
Deutschland:		
8 % (1990)	3,1 % (1991)	ca. 1,5 % (Schätzung des 116. Deutschen Ärztetages 2013)
DDR	30 % (1970)	18 % (1987)
Großbritannien:	17,3 %	(1999)
Österreich	30 – 35 %	(1999)
Schweden	25 %	(1994)
Schweiz	20 %	(2002)
USA	12 %	(1988)

Quelle: Bundesärztekammer, Stellungnahme zur Autopsie (Langfassung), 2005, S. 10 (Auszug)

fältigen Durchführung der äußeren und noch mehr – sichtbar gerade auch im internationalen Vergleich (Tabelle) – gegenüber der inneren Leichenschau (Obduktion, auch Autopsie, Sektion) besteht? Experten kritisieren seit Langem, dass sich mit einer derart geringen Quote auf Dauer weder eine Qualitätskontrolle im Bereich der medizinischen Therapien noch eine qualitativ hochwertige Aus- und Fortbildung der Ärzteschaft auf pathologisch-anatomischem Gebiet und schon gar nicht eine zuverlässige Beantwortung medizinisch-wissenschaftlicher Fragestellungen gewährleisten lassen. Im Jahr 2005 hat die Bundesärztekammer in ihrer ausführlichen Stellungnahme zur »Autopsie« eine Reihe von mutmaßlichen Ursachen benannt:

- die Fehleinschätzung des behandelnden Arztes, ein Fall sei »klar«
- Angst vor Aufdeckung eigener Fehler (Diagnose, Therapie)
- erhöhter Arbeits- und Zeitaufwand
- zu lange dauernde oder nicht praxisnahe Beantwortung klinischer Fragen durch die Pathologie; Wandel des Aufgabenfeldes der Pathologie (von der Autopsie zur Diagnostik)
- fehlendes Bewusstsein über den Erkenntniswert einer Obduktion
- unzureichende Ausbildung bzw. Qualifikation
- mangelnde Erfahrung, auch im Umgang mit den Angehörigen
- Kostendenken und Sparzwang, unzureichende Kostenerstattung
- geringe Attraktivität von Publikationen auf der Basis von Obduktionsergebnissen
- unklare Rechtslage.

durch Obduktion ermittelten Todesursache nicht deckte, das heißt in erheblichem Umfang die konkreten todesursächlichen Krankheitsverläufe bis zum Todeseintritt völlig unbekannt bleiben. Darunter fanden sich in einer wiederum nicht unerheblichen Anzahl (11 bis 25 Prozent) Fehldiagnosen, bei deren rechtzeitiger Vermeidung das Leben des jeweiligen Patienten wenigstens zeitweilig hätte verlängert werden können. Vor diesem Hintergrund kann es nicht mehr verwundern, dass es seit Langem an einer verlässlichen Faktengrundlage über das tatsächliche Vorkommen von ärztlichen Behandlungsfehlern mangelt und alle hierzu jährlich publizierten Statistiken (der Schiedsstellen, des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, vor Gericht verhandelter Fälle usw.) nur mehr als »Luftkalkulationen« betrachtet werden müssen.

Was sind jedoch die Gründe für diese gravierenden Defizite, dass also in Deutschland eine signifikante »Scheu« schon gegenüber einer sorg-

Der letztgenannte Umstand fällt dabei besonders ins Gewicht: Mangels einer Zuständigkeit des Bundesgesetzgebers gibt es bis heute geradezu einen »Flickenteppich« an inhaltlich disparaten und mehr oder minder lückenhaften Landesbestattungs- bzw. -sektionsgesetzen, die überwiegend nicht einmal die zentralen Begrifflichkeiten zum »natürlichen«/»nicht-natürlichen«/»unklaren Tod« (vgl. Übersicht) festlegen. Nur vier Landesgesetze enthalten überhaupt Regelungen zur sogenannten »klinischen Obduktion« (das heißt der inneren Leichenschau aus Gründen der Qualitätssicherung und des medizinischen Fortschritts) und weichen hinsichtlich der jeweils zu erfüllenden Zulässigkeitsvoraussetzungen (Zustimmung der Angehörigen oder lediglich Ausbleiben eines Widerspruchs? Eventuell auch aus eigenem Recht der Medizin bzw. der Gesellschaft?) erheblich voneinander ab. Wo es an einer gesetzlichen Regelung fehlt, gelten die in den Allgemeinen Geschäftsbedingungen der jeweiligen Krankenhausaufnahmeverträge enthaltenen »Sektionsklauseln« – die jedoch im Zweifel den juristisch selten versierten Ärzten und noch weniger den Patienten und ihren Angehörigen hinlänglich bekannt und verständlich sein dürften. Rechtsicherheit sieht fraglos anders aus, und deshalb hat zuletzt 2011 auch die Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht in ihren »Einbecker Empfehlungen« nachdrücklich für einen sowohl umfassenden als auch bundesweit harmonisierten gesetzlichen Rahmen zum gesamten Bestattungs- und Sektionsrecht (einschließlich des Formularwesens) plädiert.

Dabei darf allerdings nicht übersehen werden, dass das Heil ganz sicher nicht allein in der Verbesserung des Rechts liegen dürfte. Wie die Ursachenanalyse der Bundesärztekammer verdeutlicht, gibt es eine ganze Reihe von Hinderungsgründen, die jenseits der Gesetze liegen. Ins Auge sticht dabei vor allem der ökonomische Faktor: Wenn für die äußere Leichenschau eine Vergütung von nur mehr 14,57 bis 33,51 € und für die Durchführung einer vollständigen Sektion eine solche von lediglich 99,67 bis 229,24 € (bei Nachweis besonders zeitaufwendiger oder umfangreicher ärztlicher Verrichtungen bis zu 308,34 €) berechnet werden darf, so braucht man sich in Zeiten einer wesentlich erhöhten Ressourcenknappheit und gesteigerten ökonomischen Drucksituation nicht mehr zu wundern, wenn sich das ärztliche Engagement dann in überschaubaren Grenzen hält. Ein weiterer wesentlicher Faktor ist jedoch die Frage der ärztlichen Qualifikation: Bislang sind kraft Bestattungsgesetze alle Ärzte allein kraft ihrer Approbation unabhängig von ihrem konkreten Betätigungsfeld gleichermaßen zur Leichenschau verpflichtet, selbst die Ärzte des Notfall- und Rettungsdienstes. Offenbar fehlt es aber nicht wenigen an einer hinreichenden Ausbildung und Erfahrung, sodass die Bundesärztekammer eine stärkere Verankerung der Leichenschau im Medizinstudium und in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung fordert. Angesichts der unsicheren Effekte dahingehender Bemühungen dürfte jedoch mehr denn je bedenkenswert sein, ob nicht die Todes(-ursachen-)feststellung generaliter in die Hände von (unter Umständen amtlich bestellten) Spezialisten gehört. Dezidiert in diesem Sinne haben sich auch schon die Landesjustizminister/-innen auf ihrer Herbstkonferenz 2009 für eine »Professionalisierung der ärztlichen Leichenschau« ausgesprochen. Und es bedarf natürlich nicht zuletzt auch einer Veränderung der ärztlichen Haltung zum verstorbenen Patienten durch Ausbildung einer neuen »Kultur der menschenwürdigen Totenfürsorge«, weil die ärztliche Aufgabe mit dem verlorenen Kampf um das Leben des Patienten keineswegs endet. (Siehe zum Thema auch »Ratgeber Recht«, Seiten 48, 49)

Feststellung der Todesart

Natürlicher Tod: Der Todeseintritt ist nachweislich die natürliche Folge der schweren Grunderkrankung (»innere Ursache«). Hinweise für ein nichtnatürliches (»externes«) Ereignis, das den biologisch-medizinischen Kausalverlauf beeinflusst haben könnte,

müssen nach sorgfältiger Prüfung ausgeschlossen sein. Das Fehlen äußerer Verletzungen oder ein hohes Lebensalter berechtigen nicht zu dem Schluss: natürlicher Tod. **Nichtnatürlicher Tod:** Es besteht der Verdacht einer »externen« (Mit-)Ursächlich-

keit, sei es durch eigene (Suizid) oder fremde Hand (Tötung), unabhängig davon, ob die Ursache dieser Lebensverkürzung Ausdruck einer im (straf-)rechtlichen Sinne schuldhaft begangenen Tat oder eines bloßen Unfalles/ Unglückes ist.

Unklarer Tod: Unklar ist die Todesursache immer dann, wenn eine eindeutig belegbare Todesursache fehlt. Bis zur sorgfältigen Vornahme der Leichenschau ist die Todesursache immer unklar. Auch im Krankenhaus werden häufig die Wechselwirkungen zwischen

medizinischen Eingriffen und dem Grundleiden nicht ohne Weiteres evident sein (ohne dass sich damit bereits eine Fehler- oder Schuldzuweisung verbindet). Gleiches gilt beim »mors in tabula« (Tod auf dem OP-Tisch), auch wenn das Grundleiden gravierend war.

Die Fotos sind entstanden im Institut für Pathologie »Georg Schmorl« im Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt. Es ist das älteste Pathologische Institut eines städtischen Krankenhauses in Deutschland.

links oben: In Spalten geschnittenes Gehirn in Formalin eingelegt.